

МИНОБРНАУКИ РОССИИ


Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Тульский государственный университет»

Медицинский институт
Кафедра «Акушерство и гинекология»

Утверждено на заседании кафедры
«Акушерство и гинекология»

«27» января г., протокол № 6

Заведующий кафедрой

 В.Г. Волков

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
по проведению практических клинических занятий
по дисциплине (модулю)
«Акушерство и гинекология»

основной профессиональной образовательной программы
высшего образования – программы специалитета

по специальности
31.05.01 Лечебное дело

с направленностью (профилем)
Лечебное дело

Форма обучения: очная

Идентификационный номер образовательной программы: 310501-01-22

Тула 2022 год

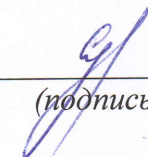
Разработчик(и) методических указаний**Разработчик(и):**

Волков В.Г., заведующий кафедрой АиГ,
д.м.н., профессор

Сурвилло Е.В., доцент кафедры АиГ,
к.м.н., доцент



(подпись)



(подпись)

СОДЕРЖАНИЕ

Модуль «Акушерство»	3
Тема 1 . Организация работы акушерского стационара.	3
Тема 2. Таз с анатомической и акушерской точек зрения. Плод как объект родов.....	6
Тема 3. Диагностика беременности	10
Тема 4 (10 часов). Структура и организация работы женской консультации. Лабораторные методы диагностики в акушерстве. Пренатальная диагностика.	15
Тема 5. Биомеханизм родов при переднем и заднем виде затылочного предлежания.	18
Тема 6 (10 часов). Клиника и ведение родов в головном предлежании. Физиопсихопрофилактическая подготовка к родам. Обезболивание родов.....	21
Тема 7. Послеродовый период. Физиология периода новорожденности.	27
Тема 8 (10 часов). Токсикозы I половины беременности. Отеки беременных. Гипертензивные состояния во время беременности. Преэклампсия. Эклампсия.....	32
Тема 9 (10 часов). Экстрагенитальная патология и беременность.	36
Тема 10. Беременность и роды в тазовом предлежании. Неправильные положения плода.	40
Тема 11 (6 часов). Зачёт по практическим навыкам.....	46
Тема 12. Курация беременных, рожениц, родильниц.....	48
Тема 13. Кровотечения в 1 триместре беременности. Аборт. Внематочная беременность. Пузырный занос.....	51
Тема 14. Невынашивание и перенашивание беременности.	54
Тема 15. Аномалии родовой деятельности	56
Тема 16. Предлежание плаценты и преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты	58
Тема 17. Кровотечение в последовом и раннем послеродовом периоде.	62
Тема 18. Беременность и роды при узком тазе.....	65
Тема 19. Родовой травматизм матери плода.	68
Тема 20 . Кесарево сечение и плодоразрушающие операции.....	71
Тема 21. Акушерские щипцы и вакуум-экстракция плода.....	74
Тема 22 (10 часов). Послеродовые заболевания.	77
Модуль «Гинекология»	82
Тема 1 (6 часов). Организация работы гинекологического стационара. Методы обследования гинекологических больных.....	82
Тема 2 (9 часов). Воспалительные заболевания женских половых органов.	86
Тема 3 (6 часов). Нарушения менструальной функции. Дисфункциональные маточные кровотечения.	94
Тема 4 (6 часов). Острый живот в гинекологии.	100

Тема 5 (4 часа). Детская гинекология.	103
Тема 6 (6 часов). Миома матки.	104
Тема 7 (6 часов). Эндометриоз.....	108
Тема 8 (6 часов). Нейроэндокринные синдромы в гинекологии.....	110
Тема 9 (6 часов). Предоперационная подготовка гинекологических больных и ведение их в послеоперационном периоде.....	112
Тема 10 (6 часов). Основные принципы диагностики, лечения и профилактики злокачественных заболеваний гениталий.	114
Тема 11 (6 часов). Патология шейки матки: фоновые и предраковые заболевания шейки матки. Рак шейки матки.....	115
Тема 12 (6 часов). Гиперпластические и предраковые заболевания эндометрия. Рак тела матки.	118
Тема 13 (6 часов). Предраковые заболевания и рак яичника.....	121
Тема 14 (6 часов). Планирование семьи. Методы контрацепции. Охрана репродуктивного здоровья в практике семейного врача.....	126

Модуль «Акушерство»

Тема 1. Организация работы акушерского стационара.

Цель занятия: ознакомить студентов со структурой акушерского стационара и организацией его работы, перечнем форм первичной медицинской документации, оснащением, задачами акушерских отделений, порядком приема в роддом беременных и рожениц, показателями деятельности акушерских стационаров.

Содержание занятия: Знакомство с учреждением (отделения родильного дома). Физиологическое и наблюдательное отделения. Показания к приему беременных и рожениц в акушерский стационар, показания к приему беременных, рожениц и родильниц в наблюдательное отделение стационара. Санитарно-эпидемиологический режим. Показатели деятельности акушерского стационара. Знакомство с медицинской документацией. История родов. Схема сбора анамнеза у беременных, рожениц и родильниц.

Практические навыки: Студенты должны усвоить организацию работы акушерского стационара в целом и отдельно каждого из его структурных подразделений. Умение самостоятельно собрать анамнез у поступающих в стационар беременных и рожениц. Определить показания для госпитализации в наблюдательное отделение родильного дома, производить первичную санитарную обработку поступающих в стационар беременных и рожениц, заполнять первичную медицинскую документацию. Освоить методику мытья рук при подготовке к различным вмешательствам.

Место занятия: учебная комната, приемное отделение, акушерские отделения родильного дома, отделение новорожденных, отделение патологии беременных.

ПЛАН ЗАНЯТИЯ

Преподаватель знакомится по списку со студентами группы. Рассказывает о порядке работы во время цикла: расписание занятий, график дежурств, сообщает о необходимых практических навыках, которые должны быть получены и учтены каждым студентом, а затем в виде сводных данных старостой представлены преподавателю. Сообщается список необходимой литературы.

Ознакомление студентов с порядком работы в родильном доме, необходимости соблюдения правил асептики и антисептики. Преподаватель знакомит студентов со структурой родовспоможения в России, в регионе.

Обход родильного дома во время которого студенты знакомятся с организацией работы приемного, родильного, послеродового, детского отделений. Отделение патологии беременных. В приемном отделении преподаватель знакомит студентов с правилами опроса и предварительного осмотра поступающих в стационар беременных и рожениц.

В родильном отделении знакомят студентов с назначением, оснащением и организацией работы предродовых палат, родильного зала, операционного отделения.

Подчеркивается значение асептики и антисептики, соблюдение лечебно-охранительного режима. Показания для проведения влагалищного исследования в родах.

В послеродовых палатах обращается внимание на цикличность заполнения палат и режим работы отделения.

В палатах новорожденных обращается внимание на необходимость соблюдения асептики и антисептики.

В отделении патологии беременных студенты знакомятся с контингентом беременных. Основные принципы организации работы. Посещают отделение функциональной диагностики.

Структура и функции наблюдательного отделения. Показания для госпитализации беременных и родильниц в это отделение. Условия для изоляции женщин при различных видах патологии.

Демонстрация видеофильма «Мытье рук».

Перерыв

Изучение анамнеза в акушерстве и общее объективное исследование. Студентам раздаются бланки истории родов и разбирают порядок заполнения каждой графы. При этом сначала целесообразно спрашивать студентов, как бы они заполняли историю болезни, а затем вносить коррективы.

У постели беременной или роженицы студенты собирают анамнез и заполняют бланки истории родов, после чего на примере 1-2 анамнезов, которые докладываются в присутствии всей группы, преподаватель вносит поправки и учит делать выводы из полученной информации.

Опрос студентов с применением программированного контроля.

НАГЛЯДНЫЕ ПОСОБИЯ

Таблица - структура родильного дома.

История родов, обменная карта.

Видеофильм «Мытье рук».

МАТЕРИАЛ:

Заполнение истории родов – раздел анамнез.

ВОПРОСЫ:

Основные требования к работе акушерского стационара.

Какова структура типового родильного дома?

Расскажите устройство приемно-пропускного блока.

Каковы задачи приемно-пропускного отделения?

Как производится санитарная обработка беременных и рожениц?

Структура физиологического родового отделения.

Оснащение предродовой палаты, родильного зала.

Сколько времени должна находиться родильница в родильном блоке и почему?

Структура и организация работы послеродового отделения.
Отделение новорожденных, организация работы.
Назначение и организация работы 2 наблюдательного отделения.
Показания для госпитализации в наблюдательное отделение.
Отделение патологии беременных, структура и организация работы.
Основные показатели работы акушерского стационара.
Методика мытья рук.

ЛИТЕРАТУРА:

Основная:

Акушерство: Учебник/Г.М.Савельева, В.И.Кулаков, А.Н.Стрижаков и др.; Под ред. Г.М.Савельевой. – 2009 г. –С. 11-17.

Тема 2. Таз с анатомической и акушерской точек зрения. Плод как объект родов.

Цель занятия: Изучить родовые пути и плод, как объект родов, изучить основные акушерские термины.

Содержание занятия: Плоскости и размеры таза, сочленения, отличие женского таза от мужского, строение тазового дна. Плод как объект родов: размеры головки и туловища плода, признаки доношенности и зрелости новорожденного. Акушерская терминология: положение плода в матке, его предлежание, позиция, вид.

Исходные знания студентов: Анатомическое строение таза, отличие мужского таза от женского. Строение черепа взрослого человека.

Практические навыки: показать на муляже женского таза границы плоскостей малого таза, опознавательные точки анатомической и истинной конъюгаты, четыре способа определения с.vera, показать швы и роднички на головке доношенного плода (кукла), размеры головки доношенного плода, признаки доношенности, на фантоме придать кукле определенное положение, позицию, вид, предлежание, определить срок беременности различными методами.

ПЛАН ЗАНЯТИЯ

Опрос студентов.

Изучение родовых путей. В учебной комнате преподаватель опрашивает студентов по теме, корректирует ответы студентов: связки, сочленения таза, малый и большой таз, значение большого таза для характеристики малого таза, крестцовый ромб, плоскости таза, их границы и размеры, угол наклона, проводная ось таза, диагональная конъюгата.

Изучаются по таблицам строения мышц тазового дна и их роль в родовом акте.

Перерыв

Изучение плода как объекта родов. Опрос студентов по теме (см. вопросы), разбор на скелетированном тазе и кукле отношение головки плода к плоскостям таза.

С помощью фантома и куклы изучаются членорасположение, предлежание, позиция и вид плода. Вначале преподаватель спрашивает студентов, а затем студенты задают друг другу задачи на определение различных вариантов расположения головки плода в плоскостях таза и вариантов расположения плода в матке.

НАГЛЯДНЫЕ ПОСОБИЯ

Женский таз, фантом, кукла, тазомер.

Таблицы:

Плоскости таза.

Размеры входа в малый таз.
Размера выхода таза.
Проводная ось таза.
Угол наклона таза.
Измерение диагональной конъюгаты.
Мышцы тазового дна.
Череп новорожденного (вид сверху); швы и роднички.
Череп новорожденного (вид сбоку) - размеры головки, окружности головки.
Череп новорожденного (вид сверху) - поперечные размеры головки.
Сегменты головки.
Типичное членорасположение плода.
Продольное положение, затылочное предлежание, первая позиция, задний вид.
Продольное положение, ягодичное предлежание, вторая позиция, передний вид.
Поперечное положение плода, затылочное предлежание, первая позиция, передний вид.

ВОПРОСЫ:

1. Дайте определение понятия “родовые пути”.
2. Что нужно знать о скелетированном костном тазе взрослой женщины с точки зрения практического акушерства?
3. Как соединены между собой кости таза?
4. Что такое большой таз?
5. Что такое малый таз?
6. На какие отделы делится полость малого таза?
7. Что такое плоскость входа в малый таз и, каковы ее размеры?
8. Что такое плоскость широкой части полости малого таза и каковы ее размеры?
9. Что такое плоскость узкой части полости малого таза и каковы ее размеры?
10. Что такое плоскость выхода из малого таза и каковы ее размеры?
11. Точки расположения и величина поперечного размера плоскости входа в малый таз?
12. Измерение прямого размера выхода из малого таза, его размеры?
13. Чему равна истинная конъюгата, если наружная равна 20 см, а окружность лучезапястного сустава 13.5 см?
14. Название костей, из которых состоит каждая тазовая (безымянная) кость?
15. Латинское (полное и сокращенное) название и величина размера таза между гребнями подвздошных костей.
16. Точки расположения и величина прямого размера входа в малый таз?
17. Измерение поперечного размера выхода из малого таза, его величина?
18. Чему равна истинная конъюгата, если наружная равна 20 см, а окружность лучезапястного сустава 16 см?

19. Пограничные точки между большим и малым тазом?
20. Русское и латинское (полное и сокращенное) название и величина размера между серединой верхнего края лобкового симфиза и над крестцовой ямкой?
21. Точки расположения и величина прямого размера плоскости широкой части полости малого таза?
22. Величина лобкового угла у женщин?
23. Чему равна величина истинной конъюгаты, если наружная равна 20 см, а окружность лучезапястного сустава 14, 5 см?
24. Названия сочленений костей таза.
25. Латинское (полное и сокращенное) название и величина размера таза между большими вертелами бедренных костей?
26. Точки расположения и величина косого размера (правого и левого) плоскости входа в малый таз? Какой из них называется правым, а какой левым?
27. Измерение диагональной конъюгаты и ее величина?
28. Чему равна величина истинной конъюгаты, если наружная равна 20 см, а окружность лучезапястного сустава 15 см?
29. Что такое проводная линия таза и какую форму она имеет?
30. Что надо знать о мягких тканях малого таза?
31. Что входит в состав диафрагмы малого таза?
32. В каком слое мышц, наружном, среднем или внутреннем лежит луковично-губчатая мышца?
33. Точки расположения наружного сфинктера заднего прохода?
34. Мышца, соединяющая нижнюю ветвь седалищной кости и клитор?
35. Функция луковично-губчатой мышцы?
36. В каком слое мышц, наружном, среднем или внутреннем находится мышца поднимающая задний проход?
37. Перечислите мышцы среднего слоя тазового дна?
38. Точки расположения седалищно-пещеристой мышцы?
39. Как называется мышца соединяет сухожильный центр промежности с седалищными буграми?
40. Функция наружного сфинктера заднего прохода?
41. В каком слое мышц, наружном, среднем или внутреннем находится мочеполовая диафрагма?
42. Перечислите мышцы, входящие в наружный слой тазового дна?
43. Точки расположения и прохождения луковично-губчатой мышцы?
44. Как называется мышца соединяющая сухожильный центр промежности с верхушкой копчика и охватывающая задний проход?
45. Функция мочеполовой диафрагмы?
46. Что представляет собой зрелый доношенный плод?
47. Дайте определение положения, позиции, вида, предлежания и членорасположения плода?
48. Какие размеры головки доношенного плода следует знать акушеру?
49. Перечислите, какие окружности различают на головке и их длину?

50. На основании каких данных ставится диагноз головного предлежания при влагалищном исследовании?
51. Какие важные в диагностическом отношении швы имеются на головке и как они определяются?
52. В чем заключается диагностическая ценность определения швов и родничков?
53. Величина малого и большого косога размеров головки новорожденного?
54. Какие кости образуют большой и малый роднички?
55. Величина прямого размера головки новорожденного и соответствующей ему окружности?
56. Где находится и чему равен большой поперечный размер головки новорожденного?

ЛИТЕРАТУРА

Основная:

*Акушерство: Учебник/Г.М.Савельева, В.И.Кулаков, А.Н.Стрижаков и др.;
Под ред. Г.М.Савельевой. – 2009 г. – С. 85-97.*

Тема 3. Диагностика беременности

Цель занятия: Изучить методы акушерского исследования, распознавания беременности ранних сроков, определения срока беременности и срока родов.

Содержание занятия: Признаки беременности: сомнительные, вероятные, достоверные. Специальные методы исследования при беременности, приемы наружного акушерского исследования (приемы Леопольда), внутреннее исследование, дополнительные методы исследования (ультразвуковое исследование, кардиотокография, доплерометрия), морфологические методы исследования в акушерстве. Способы определения срока беременности, срока родов (формула Негеле), даты предоставления дородового отпуска. Курация беременных и рожениц. Студенты учатся практически ставить диагноз при малых и больших сроках беременности (сбор анамнеза, специальное наружное исследование). Структура акушерского диагноза (факт беременности, срок беременности, сведения о плоде, акушерская патология, экстрагенитальная патология).

Исходные знания: анатомия таза, умение собрать общий анамнез, провести общий осмотр больной и исследования нервной, сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной и мочевыделительной систем.

Практические навыки: Умение выявить признаки беременности, владение методикой наружного и внутреннего акушерского исследования, диагностировать беременность и ее срок, предполагаемый срок родов.

ПЛАН ЗАНЯТИЯ

Путем опроса уточняются сведения о признаках беременности (сомнительных, вероятных, достоверных) и вырабатывается схема акушерского обследования (анамнез, объективное обследование общее и специальное, специальное акушерское исследование наружное и внутреннее).

Разъясняя схему обследования, подчеркивается значение всех перечисленных методов. При этом уточняется какие данные позволяют диагностировать: а) факт беременности (сомнительные, вероятные, достоверные признаки); б) срок беременности (дата последней менструации, 1 шевеления плода, дата 1 явки в женскую консультацию, по данным УЗИ); в) сведения о положении предлежании и виде плода (форма живота, данные пальпации, аускультации и внутреннего исследования); г) акушерскую патологию; д) экстрагенитальную патологию. Дается схема акушерского диагноза.

Преподаватель в отделении патологии беременных демонстрирует студентам методику осмотра беременных (фиксируя внимание на форме живота и т.д.), измерений (окружности живота и высоты стояния дна матки, тазоизмерения, измерение индекса Соловьева, крестцового ромба,

акушерской пальпации и аускультации. Методика внутреннего исследования (осмотр, осмотр при помощи зеркал, влагалищное исследование). При этом обращается внимание на емкость влагалища, оценку состояния шейки матки, целостность плодного пузыря, характер предлежащей части, состояние костного таза, достижимость мыса крестца, характер выделений.

Студенты знакомятся с дополнительными методами исследования (ультразвуковое исследование, кардиотокография, доплерометрия).

Перерыв: 20 мин.

Курация беременных. При этом студенты получают задание собрать анамнез, провести общее и наружное акушерское исследование.

Преподаватель вместе со всей группой делает общий обход всех курируемых беременных. Каждый студент докладывает результаты обследования и диагноз. Преподаватель вносит необходимые поправки. Студенты определяют предполагаемый срок родов по формуле Негеле и другим данным.

Правила постановки диагноза в акушерстве

Во время беременности:

1. Беременность
2. Какая по счету (учитывая все беременности не зависимо от того, чем они закончились – родами, медицинскими или самопроизвольными абортами, внематочные беременности)
3. Срок беременности в неделях
4. Положение, предлежание, позиция, вид позиции плода
5. Осложнения беременности
6. Осложнения связанные с плодом
7. Экстрагенитальная патология

Пример: Беременность III, 36-37 недель. Положение плода продольное, предлежание головное, позиция I, вид передний. Преэклампсия легкой степени. Хроническая плацентарная недостаточность. СЗРП.

Хронический пиелонефрит, вне обострения.

В родах:

1. Роды
2. Какие по счету (учитываются только роды)
3. Срочные, преждевременные, запоздалые (с указанием срока беременности, в котором произошли роды)
4. Если диагноз ставится в процессе родов, то необходимо указать период родов на момент постановки диагноза.

5. Если проводилась индукция родов – индуцированные, если оперативные роды – пишется: оперативные.
6. Положение, предлежание, позиция, вид позиции плода
7. Осложнения родов
8. Осложнения беременности
9. Осложнения связанные с плодом
10. Экстрагенитальная патология
11. Операции и пособия, оказываемые в родах

Пример: Роды II, срочные (можно при срочных родах срок не указывать). I период. Положение плода продольное, предлежание головное, позиция I, вид передний. Первичная слабость родовой деятельности. Преэклампсия легкой степени. Хроническая плацентарная недостаточность. СЗРП. Хронический пиелонефрит, вне обострения. Родоусиление окситоцином.

В послеродовом периоде:

1. Послеродовый период
2. Какие сутки
3. Осложнения послеродового периода.

Пример: Послеродовый период, 5 сутки. Лактостаз.

НАГЛЯДНЫЕ ПОСОБИЯ

Тазомеры, сантиметровые ленты, акушерские стетоскопы.

ТАБЛИЦЫ:

1. Внутренние половые органы (фронтальный разрез).
2. Тазовые органы женщины (сагитальный разрез).
3. Высота стояния дна матки при различных сроках беременности.
4. Измерение окружности живота и высоты стояния дна матки.
5. Измерение размеров таза тазомером.
6. Крестцовый ромб.
7. Приемы акушерской пальпации.
8. Места наиболее ясного выслушивания сердцебиения плода при его положении.
9. Влагалищное исследование беременной.

ОБОРУДОВАНИЕ СИМУЛЯЦИОННОГО КАБИНЕТА:

1. Имитатор родов
2. Гибкий плод
3. Плод для отработки приемов Леопольда
4. Гинекологический тренажер «Зоя»
5. Скелетированный женский таз
6. Таз с мышцами тазового дна

7. Модель доношенного плода

ВОПРОСЫ:

1. Назовите основные приемы акушерского исследования.
2. На какие группы делятся признаки беременности?
3. Перечислите предположительные признаки.
4. Назовите вероятные признаки беременности.
5. Назовите достоверные признаки беременности.
6. Назовите признаки, типичные для беременности сроком 4, 8, 12 недель.
7. Назовите признаки первой и повторной беременности.
8. Для чего используют ультразвуковую диагностику в акушерстве?
9. Как определить срок беременности по дате последней менструации, 1 шевеления плода, первой явки в женскую консультацию?
10. Что такое кардиотокография?
11. Что такое членорасположение плода?
12. Что такое позиция плода?
13. Дайте определение вида и позиции плода?
14. Определить срок родов если последняя менструация была с 8 по 12 апреля?
15. Головка у дна матки, спинка обращена влево, кпереди. Назовите положение, позицию, вид и предлежание плода.
16. Голова в левом боковом отделе матки, ягодицы в правом, спинка обращена кпереди. Назовите положение, позицию, вид и предлежание плода.
17. Спина обращена кпереди, влево, головка у входа в малый таз. Назовите положение, позицию, вид и предлежание плода.
18. Головка у входа в малый таз, спинка обращена вправо, кзади. Назовите положение, позицию, вид и предлежание плода.
19. Голова в правом боковом отделе матки, спинка обращена кзади. Назовите положение, позицию, вид и предлежание плода.
20. Назовите положение, позицию, вид и предлежание плода, если спинка плода обращена вправо, кзади, головка у входа в малый таз.
21. Что определяют при помощи 1 приема Леопольда?
22. Цель 4 приема наружного акушерского исследования?
23. Первая позиция, передний вид, головное предлежание. Куда обращена спинка плода, где находится головка?
24. Структура акушерского диагноза.

ЗАДАЧИ:

1. Повторнобеременная 30 лет обратилась в женскую консультацию 10.09. Общий и акушерский анамнез без особенностей. Предыдущие роды 2 года назад, масса ребенка 3900 г. Последняя менструация 22.01, первое шевеление плода 22.05. Рост 168 см, масса 76 кг. Размеры таза: 26-29-32-21, окружность

лучезапястного сустава 15 см. Окружность живота 92 см, высота стояния дна матки над лоном 36 см. Головка над входом в малый таз, спинка плода слева и спереди. Сердцебиение плода слева ниже пупка 142 уд в 1 мин. *Диагноз.*

2. Определите предполагаемый срок родов у первобеременной. Последняя менструация 8.01, дата первого шевеления плода 21.05, первая явка 26.02. в сроке беременности 8 нед.

3. Пациентка 26 лет, беременность третья, 2 нормальных родов. Дата последней менструации 25 декабря, дата первого шевеления плода 9 мая. При первом посещении женской консультации 16 февраля была обнаружена беременность сроком 6 нед.

Вопросы:

- 1) Предполагаемый срок родов по менструации.
- 2) Предполагаемый срок родов по первому шевелению плода.
- 3) Предполагаемый срок родов по дате первой явке в женскую консультацию.
- 4) Средняя предполагаемая дата родов.

ЛИТЕРАТУРА

Основная:

Акушерство: Учебник/Г.М.Савельева, В.И.Кулаков, А.Н.Стрижаков и др.;
Под ред. Г.М.Савельевой.– 2009 г. – С. 139-145.

Тема 4. Структура и организация работы женской консультации. Лабораторные методы диагностики в акушерстве. Пренатальная диагностика.

Цель занятия: Знакомство с организацией и работой женской консультации, оснащением структурных подразделений. Изучить методику обследования и ведения беременной в условиях женской консультации. Научить студентов лабораторным методам диагностики беременности, распознаванию различных фаз менструального цикла, гормональной функции яичников, степени чистоты влагалища.

Содержание занятия: Структура и организация работы женской консультации. Организация специализированного приема. Задачи женской консультации. Диспансеризация беременных. Приказ №572. Группы повышенного риска. Основные формы отчетной документации. Физиологический менструальный цикл. Изучение нормального менструального цикла; морфологические изменения в яичниках и матке, гормоны гипофиза и яичника, процесс оплодотворения. Методы функционального исследования половой системы женщины. Иммунологические и биологические методы диагностики беременности. Значение хорионического гонадотропина.

Исходные знания: физиология менструального цикла, анатомическое строение яичников, матки, процесс оплодотворения.

Практические навыки: студенты должны правильно определить фазу менструального цикла по гистологической картине слизистой матки, уметь пользоваться методами гистологического исследования влагалищных мазков, уметь оценить тесты функциональной диагностики. Знать современные тесты определения беременности. Определить показания для плановой и экстренной госпитализации во время беременности.

ПЛАН ЗАНЯТИЯ

Знакомство с работой женской консультации. Уточняются основные задачи женской консультации: оказание профилактической и лечебной помощи женщинам во время беременности и в послеродовом периоде; оказывать лечебную и профилактическую помощь гинекологическим больным; осуществлять диспансеризацию женщин; оказывать женщинам социально-правовую помощь.

Обход женской консультации, знакомство со структурой (регистратура, кабинеты для приема беременных и гинекологических больных, специальные кабинеты). Следует обратить внимание на участковость диспансерного наблюдения в системе обслуживания женского населения.

Прием со студентами беременных с разными сроками беременности. Студенты собирают анамнез, проводят объективное исследование. Преподаватель обращает внимание на частоту посещения женской консультации в первой и второй половине беременности.

Изучается физиопсихопрофилактическая подготовка при беременности, современные методики подготовки беременных к родам.

Перерыв: 20 мин.

Разбирается нормальный менструальный цикл: изменение в яичниках, матке, шейке матки, слизистой влагалища. Разбор тестов функциональной диагностики.

НАГЛЯДНЫЕ ПОСОБИЯ

Карта беременной. Обменная карта. Картотека беременных. Журнал учета профилактических осмотров. Оборудование гинекологического кабинета. Выставка противозачаточных средств. Видеофильмы по подготовке беременных к родам.

ТАБЛИЦЫ:

1. Степени чистоты влагалища.
2. Фазы менструального цикла.
3. Схема регуляции менструального цикла.

ВОПРОСЫ:

1. Назовите областные руководящие органы родовспоможения.
2. Перечислите структуру женской консультации.
3. Какие основные задачи женской консультации?
4. Назовите основные показатели работы женской консультации?
5. Почему необходимо брать беременных на учет до 12 нед?
6. Перечислите основные документы женской консультации?
7. Что такое диспансерное наблюдение?
8. Задачи диспансерного наблюдения беременных?
9. Что такое индивидуальная карта беременной и родильницы?
10. Среднее количество посещений женской консультации, которые должна сделать беременная за время беременности.
11. Сроки выдачи декретного отпуска при беременности.
12. Название фазы яичникового цикла, которая начинается с первого дня менструального цикла и заканчивается на 11 - 12 день.
13. Название фазы маточного менструального цикла, которая продолжается с 7 - 8 до 14 - 15 дня цикла.
14. Какой фазе в матке соответствует фаза овуляции в яичнике?
15. Каким органом и в какой фазе менструального цикла выделяются эстрогенные гормоны? Их названия.
16. Механизм регуляции менструального цикла.

17. Каким органом и в какой фазе менструального цикла выделяется прогестерон?
18. Схема менструальной функции женщины.
19. Какие гормоны вырабатываются в яичнике женщины.
20. Пренатальная диагностика. Сроки проведения.
21. Что такое пренатальный скрининг. Сроки проведения.
22. Какие гормоны следует определять при I скрининге.
23. РАРР-А – его значение, β -ХГЧ – его значение.
24. УЗИ-критерии, используемые при пренатальной диагностике.
25. Что такое биопсия хориона.

ЛИТЕРАТУРА

Основная:

*Акушерство: Учебник / Г.М.Савельева, В.И.Кулаков, А.Н.Стрижаков и др.;
Под ред. Г.М.Савельевой. – 2009 г. – С. 11-12, 97-139.*

Дополнительная:

Приказ №572н. Приложение 5

Тема 5. Биомеханизм родов при переднем и заднем виде затылочного предлежания.

Цель занятия: Изучить биомеханизм родов при переднем и заднем виде затылочного предлежания.

Содержание занятия: Понятие о биомеханизме родов, условия для совершения биомеханизма, основные моменты биомеханизма родов, расположение стреловидного шва и родничков в течение родов. Занятия с куклой, тазом и фантомом. Студенты упражняются в определении характера расположения головки в родовых путях.

Исходные знания: знание строения и размеров женского таза, плоскостей таза, размеров головки плода.

Практические навыки: Студенты должны уметь распознать при наружном и внутреннем исследовании предлежащую часть, место нахождения и расположение головки в родовом канале, установить отклонения от нормального биомеханизма родов в затылочном предлежании.

ПЛАН ЗАНЯТИЯ

Опрос студентов с применением программированного контроля.

В начале занятия в учебной комнате путем опроса студентов повторяются размеры и плоскости малого таза, строение и размеры головки плода, понятие о сегментах головки. Затем, пользуясь тазом и куклой, изучается передний вид затылочного предлежания (определение понятия, ведущая точка, большой сегмент головки при этом варианте предлежания).

Затем студенты опрашиваются каждому моменту биомеханизма родов при переднем виде затылочного предлежания (первая или вторая позиция), корректируя или дополняя их ответы, особенно в отношении ведущей точки, размера головки, которыми происходят роды при нормальном соотношении головки и таза; а так же плоскостей, в которых эти моменты совершаются.

Следует выяснить почему, происходит тот или иной момент биомеханизма родов, как согласуется данный момент с клиникой родов. Студент должен с помощью наружного и внутреннего исследования уметь диагностировать моменты биомеханизма родов.

Затем каждый студент повторяет весь биомеханизм родов при переднем виде затылочного предлежания.

Перерыв: 20 мин.

Во второй половине занятия изучается биомеханизм родов в заднем виде затылочного предлежания. Подчеркивают особенности биомеханизма, диагностики и клинического течения родов при данном виде предлежания.

На фантоме с куклой (2-3 экземпляра) каждому студенту дается задание для диагностики расположения головки в тазу (предлежание, позиция, вид), установление отношения большого сегмента к плоскостям таза и диагностики моментов биомеханизма рождения плода.

НАГЛЯДНЫЕ ПОСОБИЯ

Женский таз, фантом, кукла, тазомер.

ТАБЛИЦЫ:

Биомеханизм родов при затылочном предлежании, переднем виде, первой позиции.

Первый момент биомеханизма родов.

Второй момент - внутренний поворот головки.

Третий момент - разгибание головки.

Четвертый момент - внутренний поворот плечиков, наружный поворот головки.

Передний и задний асинклитизм.

Сегменты головки.

ВОПРОСЫ:

1. Что такое биомеханизм родов?
2. Из скольких моментов складывается биомеханизм родов в переднем виде затылочного предлежания?
3. Что является ведущей точкой при родах в переднем виде затылочного предлежания?
4. На какой части головки плода находится родовая опухоль при затылочном предлежании?
5. Что такое точка фиксации?
6. Что является точкой фиксации при переднем виде затылочного предлежания?
7. В каких плоскостях таза совершаются моменты биомеханизма родов?
8. Каким размером проходит головка по родовому каналу в переднем виде затылочного предлежания?
9. В каком размере входа в малый таз располагается стреловидный шов при первой позиции переднем виде затылочного предлежания?
10. Какая часть головки первой показывается из половой щели при затылочном предлежании?
11. Каков механизм рождения плечиков и какое плечико рождается первым?
12. Из скольких моментов складывается биомеханизм родов при заднем виде затылочного предлежания?
13. Назовите точки фиксации при заднем виде затылочного предлежания.
14. Что такое конфигурация головки плода и от чего она зависит?
15. Какую форму имеет головка плода при родах в затылочном предлежании?

ЗАДАЧИ:

1. Головка плода малым сегментом во входе в малый таз, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок спереди слева, большой - сзади справа выше малого.

Положение, позиция, вид и предлежание плода?

2. Головка плода малым сегментом во входе в малый таз, стреловидный шов в левом косом размере таза, большой родничок спереди справа, малый родничок сзади слева ниже большого.

Положение, позиция, вид и предлежание плода?

ЛИТЕРАТУРА

Основная:

Акушерство: Учебник / Г.М.Савельева, В.И.Кулаков, А.Н.Стрижаков и др.; Под ред. Г.М.Савельевой. – 2009 г. – С. 171-180.

Тема 6. Клиника и ведение родов в головном предлежании. Физиопсихопрофилактическая подготовка к родам. Обезболивание родов.

Цель занятия: изучить причины наступления родов, клинику и ведение периодов родов.

Содержание занятия: Причины наступления родов, предвестники родов, первый, второй и третий периоды родов. Схватки, их характер. Степень раскрытия шейки матки. Изменение миометрия в родах. Плодный пузырь, его роль в родах. Установление начала 2-го периода родов. Потуги и их характер. Тактика акушера в 1 и 2 периодах родов. Понятие о партограмме. Акушерское ручное пособие во 2 периоде родов. Обезболивание родов. Третий период родов. Признаки отделения плаценты. Способы выделения последа. Физиологическая кровопотеря. Профилактика кровотечения. Осмотр последа. Осмотр мягких родовых путей после родов. Оценка состояния. Первый туалет новорожденного. Курация рожениц в родовом блоке.

Исходные знания: размеры женского таза, плоскости таза, размеры головки плода, строение матки, биомеханизм родов при затылочном предлежании

Практические навыки: Студенты должны уметь произвести наружное и внутреннее исследование роженицы, дать оценку родовой деятельности. Определить предполагаемый вес плода. Уметь вести роды в различные периоды. Овладеть методикой акушерского пособия в родах. Установить признаки отделения плаценты, правильно оценить кровопотерю. Уметь распознать целостность последа. Определить наличие повреждений влагалища, промежности и шейки матки. Произвести первый туалет новорожденного.

ПЛАН ЗАНЯТИЯ

По теме проводится 2 занятия.

1-е занятие: Ведение 1-го периода родов.

Опрос студентов с применением программированного контроля.

Краткий опрос студентов по заданной теме: определение родов, понятие о действии изгоняющих сил (процессы контракции, ретракции, дистракции), о родовом канале и объекте родов, о роли плодного пузыря в родах, определение понятия схваток, особенности открытия шейки матки у перво- и повторнородящих.

Работа в предродовой. Студенты курируют рожениц (2-3 человека одну роженицу). Знакомятся с анамнезом, данные общего обследования, производят тазоизмерение, измерение окружности живота, крестцового ромба, индекса Соловьева. Проводят 4 приема наружного акушерского исследования. Определяется предполагаемый вес плода по формулам.

Выясняют силу, частоту, продолжительность и степень болезненности схваток. Выслушивают сердцебиение плода. Знакомятся с биомониторным контролем в родах.

Перерыв: 20 мин.

Студенты докладывают преподавателю о данных полученных при исследовании. Преподаватель обучает студентов находить контракционное кольцо и по его высоте определять степень раскрытия шейки матки, находить круглые связки.

Устанавливаются показания для влагалищного исследования в родах. Ставится диагноз. Намечается план ведения родов, оформляется история родов.

Студенты знакомятся с обезболиванием родов в первом периоде, применением спазмолитиков.

Понятие о партограмме. Фазы 1 периода родов. Студенты заполняют бланки партограммы.

2-е занятие:

Проводится опрос студентов по заданной теме: сущность 2 и 3 периода родов.

На фантоме студенты демонстрируют технику оказания акушерского пособия при родах в затылочном предлежании.

Предварительно целесообразно вспомнить биомеханизм родов при переднем виде затылочного предлежания.

Остальное время студенты работают в родильном зале. Наблюдают за состоянием рожениц, выслушивают сердцебиение плода. Следят за продвижением головки наружными приемами. Пособие при родах оказывается с участием студентов.

При ведении III периода родов изучаются признаки отделения плаценты: Шредера, Альфельда, Чукалова-Кюстнера, Довженко.

Студенты рассказывают, а преподаватель показывает способы выделившегося последа: Абуладзе, Креде-Лазаревича, Гентера.

После рождения последа студенты его осматривают и обучаются определению целостности плаценты.

Студенты знакомятся с допустимой кровопотерей, осматривают состояние мягких родовых путей после родов. Проводят наблюдение за родильницей и в раннем послеродовом периоде.

Студенты под руководством преподавателя и акушеров проводят первый туалет новорожденного.

В конце занятия решение акушерских задач для контроля усвоения темы занятия.

НАГЛЯДНЫЕ ПОСОБИЯ

Тазомер, акушерский стетоскоп.

Фильмы: Роды, Биомеханизм родов, Осмотр п.лаценты

ТАБЛИЦЫ:

1. Сглаживание шейки у перво- и повторнородящих.
2. Полное открытие маточного зева.
3. Действие плодного пузыря.
4. Врезывание и прорезывание головки.
5. Рождение головки и плечиков.
6. Партограмма.
7. Шкала оценки сократительной активности матки.
8. Моменты ручного пособия при головном предлежании.
9. Центральное отделение плаценты и рождение последа.
10. Периферическое отделение плаценты и рождение последа.
11. Высота стояния и форма матки в раннем послеродовом периоде.
12. Признаки отделения плаценты.
13. Выделение последа по Абуладзе, по Гентеру, по Креде-Лазаревичу.
14. Вид плаценты, оболочек.
15. Шкала Апгар.

Схема диагностического поиска и выбора рациональной тактики у роженицы

I этап - установить наличие беременности и ее срок, используя анамнестические данные и методы объективного акушерского исследования.

II этап - оценить телосложение женщины, массу, рост, измерить размеры таза и оценить его емкость.

III этап - установить членорасположение плода (положение, предлежание позицию и вид), определить предполагаемую массу плода.

IV этап - используя анамнестические данные, провести общее обследование женщины, оценить ее общесоматический статус и выявить отклонения в течение беременности.

V этап - используя пальпаторные данные, диагностировать наличие родовой деятельности, оценить ее характер, диагностировать период родов, уровень стояния головки.

VI этап - произвести влагалищное исследование (или оценить его данные) для уточнения размеров таза, состояния шейки матки, плодного пузыря, предлежащей части и уровня ее стояния.

VII этап - оценить течение родов на данном этапе и выработать план ведения родов в дальнейшем. Решить вопрос о виде обезболивания

родов и других медикаментозных воздействий.

VIII этап - определить исход родов для матери и плода.

ВОПРОСЫ:

1. Что такое роды?
2. Причины наступления родов.
3. Предвестники родов.
4. Что такое подготовительный период?
5. Что такое срочные роды?
6. Признаки начала родов?
7. Продолжительность нормальных родов у первородящих и у повторнородящих?
8. Назовите изгоняющие силы и дайте им определение?
9. Дайте характеристику первому периоду родов и какова его продолжительность?
10. Характеристика схваток. Какие процессы происходят в мускулатуре матки во время схваток?
11. Что такое дистракция, ретракция, контракция?
12. Что такое плодный пузырь? Каково его значение в родах?
13. Что такое нижний сегмент матки?
14. Что такое контракционное кольцо?
15. Между какими отделами матки образуется контракционное кольцо?
16. Какое раскрытие шейки матки если у роженицы контракционное кольцо на 2 поперечных пальца над лоном?
17. Отличие механизма раскрытия шейки матки у перво- и повторнородящих?
18. Что такое пояс соприкосновения, его значение?
19. Что такое передние и задние воды?
20. Что такое своевременное, преждевременное и раннее излитие околоплодных вод?
21. С какого момента начинается II период родов? Дайте характеристику второму периоду родов и какова его продолжительность?
22. Что такое врезывание и прорезывание головки?
23. Перечислите моменты ручного пособия при головном предлежании по защите промежности.
24. Когда начинается III период родов, его название и продолжительность?
25. Какие механизмы отделения плаценты от стенки матки вы знаете?
26. Перечислите основные признаки отделения плаценты?
27. Способы выделения отделившейся плаценты.
28. Какова физиологическая кровопотеря в родах.
29. Как следует называть женщину после родов?
30. Каковы принципы ведения физиологических родов?

31. Характеристика сердцебиения плода. Способы его регистрации.
32. Как часто выслушивается сердцебиение плода в 1 периоде родов?
33. Каковы показания для выполнения влагалищного исследования в родах?
34. Как часто следует выслушивать сердцебиение плода во втором периоде родов?
35. На чем основан физиопсихопрофилактический метод подготовки женщины к родам?

ЗАДАЧИ:

1. Родился доношенный ребенок с двукратным тугим обвитием пуповины вокруг шеи. Резкая бледность кожных покровов, отсутствие дыхания и рефлексов, сердцебиение 60 ударов в минуту.

Оценка по шкале Апгар? Диагноз? План ведения?

2. Своевременные роды открытие полное. Плодный пузырь цел. Хорошая родовая деятельность. Головка в полости таза. Сердцебиение плода хорошее. *Диагноз. Что делать?*

3. Произошли роды. Масса плода 3100, девочка. Прошло 12 мин после рождения ребенка. Признаки отделения последа: а) матка шаровидной формы, матка достигает уровня пупка, б) лигатура наложенная на пуповину находится возле самой половой щели; в) при надавливании кистью руки над лоном пуповина втягивается во влагалище; г) при глубоком дыхании пуповина то втягивается то вытягивается. *Диагноз. Назовите признаки отделения последа изложенные в условиях задачи. Что делать?*

4. Первобеременная 20 лет, доставлена в родильный дом со схватками через 5-6 минут по 40-45 секунд, средней силы и болезненности, которые продолжаются в течение 7 часов. Со стороны внутренних органов патологии не обнаружено. Акушерское исследование: окружность живота 96 см, высота стояния дна матки 32 см; размеры таза: 26-29-32-21. АД - 115/70 мм рт.ст. Пульс 80 уд. в 1 мин, удовлетворительного наполнения. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 146 ударов в 1 минуту, слева, ниже пупка.

Наружные половые органы без патологии. Влагалище не рожавшей женщины. Шейка матки сглажена, открытие зева 5 см, края тонкие, растяжимы. Плодный пузырь цел, хорошо наливается при схватке.

Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Малый родничок слева спереди, большой - сзади справа, стреловидный шов в правом косом размере. Малый родничок ниже большого. Мыс не достигается. Экзостозов в малом тазу нет. Выделения слизистые.

Диагноз? Обоснование диагноза.

5. Повторнородящая 26 лет, поступила в родильный дом с началом схваток. Первая беременность закончилась нормальными родами. Масса плода 3200,0, длина 52 см. Данная беременность вторая. Со стороны внутренних органов патологии не обнаружено. Размеры таза: 25-28-31-20. Положение плода продольное. Головка плода в полости малого таза. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 132 удара в 1 минуту.

Наружные половые органы без патологии. Шейка матки сглажена. Открытие зева полное. Плодного пузыря нет. Головка плода находится в полости малого таза; она занимает всю внутреннюю поверхность лона, всю крестцовую впадину, седалищные ости с боков. Малый родничок - спереди у лона, большой - сзади у крестца, выше малого. Стреловидный шов в прямом размере.

Диагноз? В какой плоскости малого таза расположена головка? План ведения родов.

ЛИТЕРАТУРА

Основная:

Акушерство: Учебник/Г.М.Савельева, В.И.Кулаков, А.Н.Стрижаков и др.; Под ред. Г.М.Савельевой. – 2009 – С. 157-171, 180-207.

Интернет ресурсы:

http://etl2.library.musc.edu/delivery_simulation/

Тема 7. Послеродовой период. Физиология периода новорожденности.

Цель занятия: Изучить течение послеродового периода, принципы ведения родильниц в условиях стационара, изучить особенности физиологического течения периода ранней адаптации новорожденных, современные перинатальные технологии, направленные на формирование здоровья в первые минуты жизни.

Содержание занятия: Течение физиологического послеродового периода. Динамика физиологических изменений в органах и системах в послеродовом периоде. Органы и системы, подлежащие исследованию в послеродовом периоде. Принципы ведения нормального послеродового периода, врачебная тактика при осложнениях. Курация родильниц в послеродовом отделении, сравнение состояния родильниц в разные сутки после родов. Предоставление послеродового отпуска.

Исходные знания: изменения в организме женщины под влиянием беременности, гормональная регуляция лактации, принципы организации акушерского стационара.

Студент должен знать: принципы оценки функционального состояния новорожденного при рождении, правила проведения первичного туалета, перевязки пуповинного остатка и антропометрии, параметры физического развития и морфо-функциональной зрелости новорожденных, особенности физиологической адаптации органов дыхания, сердечно-сосудистой и пищеварительной систем, уход за здоровым новорожденным, исключительное грудное вскармливание и профилактика транзиторной гипогалактии, парафизиологические состояния, профилактику туберкулеза, особенности пребывания и ранней выписки ребенка из родильного стационара.

Практические навыки: Студенты должны уметь произвести обследование родильниц, определить состояние молочных желез, матки, лохий). Уметь выписать рецепты наиболее распространенных медикаментозных средств, употребляемых в послеродовом отделении, оформить выписку из отделения, провести беседу о значимости грудного вскармливания, определить клинико-функциональные параметры здоровых доношенных новорожденных, проводить первичные мероприятия новорожденным в родильном зале при физиологических родах.

Место проведения занятия: учебная комната, родильный зал, детская комната при родильном зале, отделение новорожденных.

ПЛАН ЗАНЯТИЯ

Опрос студентов по теме занятия.

- 1) определение понятия послеродового периода;
- 2) продолжительность послеродового периода;

3) изменение в органах родильницы в течение послеродового периода.

Матка: изменение ее величины, и за счет каких процессов это происходит; что может оказать влияние на процесс инволюции матки (эндокринные расстройства, характер данных родов, количество предшествующих родов, воспалительные процессы в матке, недоразвитие, опухоли матки и т. д.). Формирование наружного и внутреннего зева шейки матки.

Эндометрий: как и в какие сроки происходит эпителизация внутренней поверхности матки.

Лохии: из чего они складываются, их характер по дням послеродового периода.

Изменение в молочных железах.

Методика обследования родильниц. После опроса студенты получают для курации родильниц с различными сроками послеродового периода.

Перед студентами ставится задача самостоятельно провести полное обследование по схеме: сбор анамнеза, объективное исследование общее и специальное, которое включает исследование состояния молочных желез и сосков, состояние матки, промежности, характера лохий, функции мочевого пузыря и кишечника.

Проводя исследование, студент должен оценить правильность течения послеродового периода и отметить имеющиеся отклонения от нормального течения и, по возможности, связать их с течением данных родов и имевшейся ранее патологией половых органов или экстрагенитальной патологией.

Перерыв.

Проводится обход курируемых родильниц, во время которого каждый студент докладывает о состоянии родильницы и течение послеродового периода и дает оценку правильности его течения. При этом преподаватель обращает внимание студентов на длительность родового акта по периодам, время излития околоплодных вод, величину кровопотери, операции, экстрагенитальные заболевания, оперативные вмешательства в родах, а так же на особенности ведения родильниц после наложения швов на разрывы промежности и шейки матки.

Режим работы послеродового отделения и уход за родильницами.

Обходя отделение преподаватель знакомит студентов с его структурой. Обращается внимание на цикличность заполнения палат, сроки выписки из отделения в зависимости от течения родов и послеродового периода. Знакомство с устройством и функцией молочной комнаты. Грудное вскармливание.

Санитарно-просветительская работа с родильницами.

Преподаватель знакомит студентов с обучением родильниц правилам диеты и личной гигиены в домашних условиях с целью профилактики маститов и других послеродовых заболеваний.

Клинический разбор, осмотр новорожденных в родильном зале и палатах послеродового отделения.

НАГЛЯДНЫЕ ПОСОБИЯ

Распорядок дня в послеродовом периоде.

История родов. Справка о новорожденном. Обменная карта.

Грудное вскармливание.

Таблица со шкалой Апгар.

Пакеты для первичной и вторичной обработки пуповины новорожденного.

Протокол оказания первичной помощи новорожденному в родильном зале.

Рисунки:

Матка на первый день после родов.

Высота стояния дна в разные дни послеродового периода.

Методика обследования роженицы

I этап - сбор общего и акушерско-гинекологического анамнеза, выяснение особенностей течения настоящей беременности и родов.

II этап - общее обследование по органам и системам.

III этап - специальное обследование, включающее осмотр и пальпацию молочных желез, определение величины и консистенции матки, осмотр наружных половых органов, оценка характера послеродовых выделений.

IV этап - оценка полученных данных в соответствии со сроком послеродового периода, заключение о нормальном течении послеродового периода.

ВОПРОСЫ:

1. Что такое послеродовый период.
2. Как называют женщину после родов.
3. С какого момента начинается послеродовый период и сколько он продолжается?
4. Как подразделяют послеродовый период по срокам.
5. Какова продолжительность раннего послеродового периода? Как вести ранний послеродовый период.
6. Что должен сделать врач, прежде чем перевести женщину в послеродовое отделение.
7. Чем характеризуются изменения в организме женщины в послеродовом периоде?
8. Как идет обратное развитие матки. От каких факторов зависит инволюция матки?
9. За счет чего происходит регенерация слизистой оболочки матки и когда она заканчивается?

10. Как идет инволюция шейки матки. К какому дню послеродового периода закрывается внутренний и наружный зев шейки матки?
11. Что такое "лохии". Изменение характера лохий по дням послеродового периода?
12. Что такое лохиометра и какие ее проявления?
13. Как изменяется функция молочных желез.
14. Каков состав женского молока.
15. Как регулируется процесс лактации. Эксклюзивное грудное вскармливание (вскармливание по требованию).
16. Какова клиника нормального послеродового периода.
17. Ведение нормального послеродового периода.
18. Функции каких органов нарушены в послеродовом периоде и как с этим бороться.
19. Что такое "субинволюция матки" и каковы лечебные мероприятия при этом.
20. Какие мероприятия проводят при нагрубании молочных желез.
21. Как осуществляют уход за родильницей, на промежность которой наложены швы.
22. Каков режим родильницы.
23. Какова диета родильницы.
24. В чем заключается уход за родильницей.
25. Правила гигиены при кормлении новорожденного.
26. Принципы ведения детей в периоде новорожденности.
27. На какие сутки снимают швы с промежности?
28. Выписка из стационара, принципы выдачи декретного отпуска.
29. Какова продолжительность периода новорожденности.
30. Что такое шкала Апгар.
31. Какую оценку по шкале Апгар имеет здоровый новорожденный.
32. Значение первого крика новорожденного.
33. Признаки зрелости новорожденного.
34. Что необходимо для 2-х моментной обработки новорожденного.
35. Как производится обработка глаз новорожденных. Выпишите необходимый для этого препарат.
36. Правила первичной обработки новорожденного (первый туалет новорожденного).
37. Как производится обработка остатка пуповины.
38. Физиологические состояния новорожденных.
39. Особенности кожи новорожденных.
40. Причины и продолжительность желтухи новорожденных.
41. Чем объясняют половой криз у новорожденных.
42. Особенности нервной системы новорожденных.
43. Особенности желудочно-кишечного тракта новорожденного.
44. Как проводится профилактика туберкулеза.
45. Правила грудного вскармливания.

ЗАДАЧИ:

1. Вторые сутки после родов. Общее состояние удовлетворительное, температура тела 36,6 С, пульс 86 уд. в 1 мин. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено. Молочные железы несколько увеличились, гиперемии нет, соски чистые. Дно матки на уровне пупка. Лохии кровянистые, умеренные. Мочеиспускание свободное, диурез положительный. Стула не было. *Диагноз? Соответствует ли высота стояния матки суткам послеродового периода?*

2. Родильница А. 5 сутки после родов. Общее состояние удовлетворительное, температура тела 36,7 С, пульс 76 уд. в 1 мин. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено. Молочные железы несколько увеличены, полотноваты, гиперемии нет, соски чистые. Дно матки на середине расстояния между лоном и пупком. Лохии кровянисто-серозные, в небольшом количестве. Мочеиспускание свободное, диурез положительный. Стула самостоятельный 1 раз в сутки. *Диагноз? Соответствует ли высота стояния матки суткам послеродового периода?*

3. Через 1 минуту после рождения при осмотре новорожденного выявлено: акроцианоз, крик громкий, сердцебиение 146 ударов в минуту, тонус мышц несколько снижен, рефлексы живые. Оцените состояние новорожденного по шкале Апгар.

4. Через минуту после рождения при осмотре новорожденного выявлено: акроцианоз кожных покровов, крик слабый, сердцебиение 140 ударов в минуту, мышечный тонус и рефлексы снижены. Масса плода 2400 г, длина новорожденного 45 см, на коже выраженный пушковый покров и обильная сыровидная смазка, низкое расположение пупочного кольца и ушных раковин, большие половые губы не прикрывают малые. Оцените состояние новорожденного.

ЛИТЕРАТУРА

Основная:

Акушерство: Учебник/Г.М.Савельева, В.И.Кулаков, А.Н.Стрижаков и др.; Под ред. Г.М.Савельевой. – 2009- С. 207-215.

Дополнительная:

1. Физиологические особенности периода новорожденности: учебное пособие. Сурвилло Е.В. – Тула. – 2014.

Тема 8. Токсикозы I половины беременности. Отеки беременных. Гипертензивные состояния во время беременности. Преэклампсия. Эклампсия.

Цель занятия: ознакомить студентов с наиболее часто встречающимися формами раннего токсикоза беременных, гипертензивными состояниями во время беременности, изучить симптоматику, диагностику, осложнения и принципы ведения беременных с гипертензивными состояниями, связанными с беременностью, особенности родоразрешения, вопросы профилактики.

Содержание занятия: Теории возникновения гипертензивных состояний во время беременности. Патогенез развития гипертензивных состояний во время беременности, патофизиологические изменения в органах и системах. Токсикозы I половины беременности. Клинические формы, диагностика, дополнительные методы исследования, основные принципы лечения. Гипертензивные состояния, связанные с беременностью: формы, определение степени тяжести, возможные осложнения, основные и дополнительные методы диагностики, основные принципы лечения. Профилактика гипертензивных состояний во время беременности. Курация беременных. Постановка диагноза. Принципы ведения родов при гипертензивных состояниях разной степени тяжести.

Исходные знания студентов: симптомы типичные для гипертонической болезни, хронического гломерулонефрита, уметь измерять артериальное давление, уметь оценить анализ крови и мочи, знать препараты гипотензивного действия.

Практические навыки: Студенты должны уметь выявить начальные признаки токсикозов беременных, знать все формы их клинического течения, знать дополнительные методы обследования, современные методы лечения, выписывать рецепты наиболее распространенных медикаментозных средств, знать показания к прерыванию беременности при токсикозах беременных. Уметь оказать неотложную помощь при тяжелых формах гипертензивных состояний во время беременности.

ПЛАН ЗАНЯТИЯ

По теме проводится 2 занятия

1-е занятие. Ранний токсикоз беременных. Отеки беременных.

Опрос студентов по заданной теме с применением программированного контроля. Определение токсикозов беременных, их классификация.

Рвота беременных, клиническая классификация. Оценка степени тяжести токсикоза. Слюнотечение.

Разбор у постели беременных ранних форм токсикоза, клиника, данные лабораторных исследований. Определяется степень тяжести.

Перерыв

Вырабатывается план лечения разбираемых больных, обобщаются вопросы терапии. Подробно разбираются показания к прерыванию беременности.

Рассматривается классификация гипертензивных состояний во время беременности. Теории патогенеза. Отеки беременных. Диагностика. Лечение. Курация беременных с отеками. Намечается план лечения. Критерии выписки из стационара.

Решение задач.

2-е занятие. Гипертензивные состояния во время беременности (гипертензия, связанная с беременностью, хроническая артериальная гипертензия, преэклампсия, эклампсия).

Краткий опрос студентов по теме занятия.

Разбор у постели больных с гипертензивными состояниями во время беременности.

Обобщаются вопросы клиники, лечения и профилактики гипертензивных состояний во время беременности. Определение степени тяжести гипертензии, связанной с беременностью. Лечение в зависимости от степени тяжести. Понятие о гипотензивной терапии. Показания к инфузионной терапии. Сроки лечения больных.

Перерыв

Преэклампсия. Диагностика. Лечение. На примере истории родов или решения задач проводится клинический разбор. Дифференциальная диагностика между умеренной и тяжелой преэклампсией.

Эклампсия. Клиника. Неотложная помощь. Принципы ведения родов. Показания к досрочному родоразрешению.

Решение задач.

НАГЛЯДНЫЕ ПОСОБИЯ

Таблица:

Степень тяжести рвоты беременных.

Показания к досрочному прерыванию беременности при рвоте беременных.

Определение степени тяжести гипертензивных состояний во время беременности.

ВОПРОСЫ:

1. Когда возникают ранние токсикозы?
2. Какие различают клинические формы рвоты беременных?
3. Клиническое течение рвоты беременных легкой степени?
4. Клиническое течение рвоты беременных средней степени тяжести?
5. Клиническое течение рвоты беременных тяжелой степени?
6. Какие показания для прерывания беременности при рвоте беременных?
7. Лечение рвоты беременных различной степени тяжести.
8. Отеки беременных.

9. Степени тяжести отёков беременных.
10. Лечение отёков беременных.
11. Что такое гипертензивные состояния, связанные с беременностью?
12. Какая существует классификация гипертензивных состояний во время беременности?
13. Какая существует классификация отеков беременных?
14. Что такое скрытые отеки и как их можно диагностировать?
15. Какие симптомы характерны для гипертензии, связанной с беременностью?
16. Какие осложнения могут быть при гипертензивных состояниях во время беременности?
17. Как определить степень тяжести гипертензивных состояний во время беременности?
18. Какие симптомы характерны для умеренной преэклампсии?
19. Какие симптомы выявляются при тяжелой форме преэклампсии?
20. Из каких периодов складывается эclamптический припадок?
21. Какие показания к немедленному прерыванию беременности при гипертензивных состояниях, связанных с беременностью?
22. Какие осложнения в родах могут быть при гипертензивных состояниях беременных?
23. Каковы принципы ведения родов при гипертензивных состояниях беременных?
24. Как вести второй период родов при тяжелой форме преэклампсии?
25. Принципы оказания неотложной помощи при эclamпсии.
26. Какие показания к проведению инфузионной терапии при гипертензивных состояниях беременных?

ЗАДАЧИ:

1. При беременности 8 недель у женщины отмечена потеря веса на 2 кг, рвота по 12 раз в сутки, ацетон в моче. *Диагноз?*
2. У беременной на 36 неделе беременности еженедельная прибавка массы 900-1000 г. Соматически здорова. Величина матки обычная для этого срока беременности. *Диагноз?*
3. Беременность 36 недель. Отек нижних конечностей. В моче 0,9 % белка, А/Д 150/90 мм рт. ст. Самочувствие удовлетворительное. *Диагноз?*
4. Первобеременная, 27 лет, поступила в родильный дом при сроке беременности 36 нед с жалобами на головную боль. А/Д 150/100 мм рт. ст. В моче белок 0,132 %, единичные гиалиновые цилиндры. При исследовании глазного дна - гипертоническая ангиопатия. С 17 - летнего возраста страдает гипертонической болезнью, настоящая беременность с ранних сроков сопровождалась повышением А/Д, с 20 нед, патологическая

прибавка массы, протеинурия. В отделении патологии беременных в течение 3 нед проводилась комплексная терапия без эффекта. *Диагноз. Что делать?*

5. Беременная, 20 лет, поступила в родильный дом при сроке беременности 7-8 нед с жалобами на рвоту до 20 раз в сутки. За последние 3 нед потеряла в весе 7 кг. Настоящая беременность первая. Рост 165 см, масса 50 кг. Кожа сухая, А/Д 90/60 мм рт. ст. Пульс 96 уд. в 1 мин. Печень не увеличена. Мочеиспускание малыми порциями. Ацетон в моче. *Диагноз. Тактика врача?*

6. Первые роды в срок продолжаются 8 часов. Воды отошли 4 часа назад. Таз нормальный. Сердцебиение плода 130 уд/мин, ясное. Выраженные отеки, резкая головная боль, АД 180/120 мм рт.ст. Начались судороги, потеря сознания. При влагалищном исследовании: открытие зева полное, головка в узкой части полости малого таза.

Диагноз? План ведения?

7. Первобеременная 23 лет. Доставлена машиной скорой помощи без родовой деятельности. Срок беременности 39 нед. Жалобы на сильную головную боль, боль в подложечной области, тошноту, мелькание мушек перед глазами. Артериальное давление 180/100 мм рт. ст., белок в моче. *Диагноз? Что делать?*

ЛИТЕРАТУРА

Основная:

Акушерство: Учебник / Г.М.Савельева, В.И.Кулаков, А.Н.Стрижаков и др.; Под ред. Г.М.Савельевой. – 2009 – С. 331-359.

Дополнительная:

Клинические рекомендации: Гипертензивные состояния во время беременности. Москва. 2012.

Интернет ресурсы:

<http://www.gfmer.ch/SRH-Course-2010/pre-eclampsia-University-of-Oxford/index.htm>

Тема 9. Экстрагенитальная патология и беременность.

Цель занятия: изучить особенности течения экстрагенитальных заболеваний при беременности. Влияние заболеваний на течение беременности, исход для матери и плода.

Содержание занятия: Заболевания сердечно-сосудистой системы и беременность (пороки сердца, гипертоническая болезнь, гипотония). Заболевания почек и беременность (пиелонефрит, гломерулонефрит, мочекаменная болезнь). Сахарный диабет. Анемия.

Исходные знания студентов: клиническая картина гипертонической болезни, пиелонефрита, ревматических пороков сердца. Понятие об анемии. Сахарный диабет. Классификация. Диагностика. Методы лечения.

Практические навыки: уметь установить противопоказания для вынашивания беременности, знать тактику ведения беременных с экстрагенитальной патологией, особенности ведения родов.

ПЛАН ЗАНЯТИЯ

Контроль знаний студентов с помощью тестового контроля.

Занятия в учебной комнате. Путем опроса студентов выясняют особенности течения беременности при экстрагенитальной патологии. Подчеркивается роль в структуре материнской смертности. Клинический разбор беременной с пороком сердца. Проводится обследование с целью изучения диагностики вида порока, определяется тактика ведения родов. Разбираются показания к кесареву сечению.

Студенты готовят презентации по различным экстрагенитальным заболеваниям, в которых должны быть отражены особенности этих заболеваний на фоне беременности, их влиянии на течение беременности, родов, противопоказания для вынашивания беременности.

Перерыв.

Курация беременных с различной экстрагенитальной патологией. Вместе с преподавателем студенты ставят диагноз. Определяют тактику ведения, лечение, сроки и методы родоразрешения.

Решение задач.

ВОПРОСЫ:

1. Какие основные принципы ведения беременных с экстрагенитальной патологией?
2. Дифференциальная диагностика гипертонической болезни с гипертензивными расстройствами во время беременности.
3. Какие осложнения бывают во время беременности и родов при гипертонической болезни?
4. Принципы лечения гипертонической болезни при беременности.

5. При какой стадии гипертонической болезни вынашивание беременности противопоказано?
6. Какие гипотензивные средства нельзя принимать при беременности?
7. Особенности ведения родов при гипертонической болезни.
8. Какие осложнения для матери и плода возможны при пороках сердца?
9. Перечислите критические периоды беременности у женщин с пороками сердца.
10. Влияние пороков сердца на течение беременности?
11. В чем заключается влияние беременности на течение порока сердца?
12. Показания к кесареву сечению при пороках сердца.
13. Какие особенности ведения родов при пороках сердца?
14. Причины заболеваний почек при беременности?
15. Какое заболевание почек встречается чаще всего при беременности?
16. Основные принципы ведения беременных с заболеваниями почек.
17. Перечислите медикаменты, которые используются для лечения пиелонефрита беременных.
18. Каковы противопоказания для вынашивания беременности при заболеваниях почек?
19. Осложнения беременности у женщин с хроническим гломерулонефритом.
20. Классификация анемии при беременности?
21. Осложнения в течении беременности при анемии.
22. Принципы лечения анемии при беременности.
23. Влияние беременности на течение сахарного диабета?
24. Какие осложнения беременности наблюдаются при сахарном диабете?
25. Противопоказания для вынашивания беременности при сахарном диабете.
26. Что такое дистоция плечиков.
27. Что такое диабетическая фетопатия?
28. Неотложная помощь при коме.

ЗАДАЧИ:

1. При обследовании беременной установлен ревматизм, неактивная фаза; митральный порок сердца с преобладанием недостаточности митрального клапана. Недостаточность кровообращения IIА стадии. Таз нормальный. Головка прижата ко входу в таз. При сроке беременности 38 недель началась родовая деятельность. *Диагноз? План ведения?*
2. Б., 26 лет, 28.09.1984 г. при очередном обращении в женскую, консультацию отметила появление за последние несколько дней бледности, слабости, быстрой утомляемости, головной боли и головокружения.

Анамнез. Наследственность не отягощена. Из детских заболеваний перенесла корь, ветряную оспу и краснуху; взрослой часто болеет простудными заболеваниями и ангиной. В течение последних нескольких лет страдает гипоацидным гастритом, систематически не лечилась.

Менструации с 12 лет, установились через год, через 28—30 дней, по 5—6 дней, болезненные в первые два дня, умеренные. После начала половой жизни, родов и аборт характер менструального цикла существенно не изменился. Последние менструации были 11.2. 1984 г. Половая жизнь с 19 лет, брак первый. Мужу 29 лет, по словам женщины, здоров.

Было 3 беременности, 2 искусственных аборта без осложнений и 1 своевременные роды также без осложнений. Последняя беременность, закончившаяся искусственным аборт, была 2 года назад.

Первая половина данной беременности в первые 2 мес сопровождалась выраженными явлениями раннего токсикоза (рвота беременных). В связи с этим женщину дважды госпитализировали в отделение патологии беременных для проведения соответствующей терапии (инфузионная и седативная терапия и др.). Похудела на 5 кг. Первое шевеление плода отметила в 19 нед беременности. В течение последней недели возникли слабость, головокружение и почти постоянные головные боли, повышенная утомляемость, значительно снизилась трудоспособность. Систематически наблюдается в женской консультации.

Общее и гинекологическое обследование. Беременная правильного телосложения, пониженного питания. Масса тела 68 кг, рост 168 см. Выражена бледность кожных покровов и видимых слизистых оболочек. Регионарные лимфатические узлы не увеличены. Температура тела 36,1°C. Зев не гиперемирован. Пульс 90 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 110/70 мм рт.ст.

Со стороны легких патологических изменений не обнаружено. Границы сердца не расширены. При аускультации над верхушкой сердца и в проекции легочной артерии выслушивается систолический шум. Язык чистый, влажный. Живот равномерно увеличен в размерах за счет беременной матки, дно которой располагается на 5 см выше пупка. Окружность живота на уровне пупка 87 см. Положение плода продольное, I позиция, передний вид, головное предлежание. Головка плода баллотирует над входом малого таза. Сердцебиение плода выслушивается слева ниже пупка, 136 в минуту, ясное, ритмичное. Матка невозбудима. Размеры таза: 25, 28, 30, 20 см. Индекс Соловьева 14 см. Воды не изливались. В крови НЬ — 90 г/л, эритроцитов — $2,7 \cdot 10^{12}$ /л.

О каком заболевании идет речь? Каковы особенности течения беременности и родов при данном заболевании? Какое влияние это заболевание оказывает на состояние плода? Каковы принципы и методы терапии?

ПРИМЕРНЫЕ ТЕМЫ ДЛЯ ПОДГОТОВКИ ПРЕЗЕНТАЦИЙ:

1. Врожденные пороки сердца и беременность
2. Ревматическая болезнь и беременность

3. Влияние хронической артериальной гипертензии на течение беременности и родов
4. Различные виды анемии и беременность
5. Хронический и гестационный пиелонефриты, их особенности, влияние на течение беременности
6. Гломерулонефрит у беременных
7. Мочекаменная болезнь в гестационном периоде и в родах
8. Болезни желудочно-кишечного тракта во время беременности
9. Особенности беременности на фоне хронических заболеваний печени
10. Особенности ведения беременности и родов при ИППП
11. Сахарный диабет и беременность
12. Заболевания щитовидной железы у беременных
13. Тромбоцитопенические состояния при беременности

ЛИТЕРАТУРА

Основная:

Акушерство: Учебник / Г.М.Савельева, В.И.Кулаков, А.Н.Стрижаков и др.; Под ред. Г.М.Савельевой. – 2009 г. – С. 359-403.

Интернет ресурсы:

Российский национальный консенсус «Гестационный сахарный диабет: диагностика, лечение, послеродовое наблюдение»

<http://www.endocrinentr.ru/images/material-images/consenss.pdf>

Тема 10. Беременность и роды в тазовом предлежании. Неправильные положения плода.

Цель занятия: изучить биомеханизм родов при тазовом предлежании плода, диагностику тазовых предлежаний, ведение родов по методу Цовьянова и оказание классического ручного пособия, изучить различные варианты неправильных положений плода.

Содержание занятия: Этиология тазовых предлежаний, классификация, диагностика, данные влагалищного исследования, осложнения во время беременности и родов, биомеханизм рождения плода, ведение беременных с тазовым предлежанием, акушерская тактика в I периоде, виды ручных пособий во II периоде родов.

Частные задачи занятия: изучить биомеханизм родов при тазовом предлежании плода, отработать на фантоме технику ручного пособия при тазовых предлежаниях плода, освоить современные принципы ведения родов при тазовых предлежаниях плода, изучить показания, условия и технику выполнения операции экстракции плода за тазовый конец.

Разновидности неправильных положений плода, этиология, диагностика, осложнения в течении беременности и родов, врачебная тактика при беременности и в родах; операции, исправляющие положение плода, показания, условия, противопоказания, этапы операции, осложнения, врачебная тактика.

Исходные знания: размеры малого таза по плоскостям, размеры плода, методы наружного акушерского исследования, биомеханизм родов. акушерская терминология, положение, позиция и вид плода.

Студент должен знать: этиологию, классификацию, биомеханизм родов, особенности течения родов, применяемые пособия в родах, осложнения, возникающие в I и II периодах родов при тазовых предлежаниях плода.

Студент должен уметь: наружными методами обследовать беременную и роженицу, диагностировать тазовые предлежания плода; на фантоме продемонстрировать все моменты биомеханизма родов при тазовом предлежании плода; распознавать их при внутреннем исследовании; определить место нахождения предлежащей части в родовом канале; оказать ручное пособие по Цовьянову и Брахту; классическое акушерское пособие; продемонстрировать выведение головки плода по методу Мориссо-Левре- Ла Шпель и Смелли-Файту; правильно записать данные обследования в истории родов; поставить диагноз и определить тактику ведения родов (роды через естественные родовые пути или операция кесарева сечения).

Студенты должны уметь распознавать различные виды неправильных положений плода, выбрать рациональный метод ведения родов.

ПЛАН ЗАНЯТИЯ

Опрос студентов с помощью тестового контроля.

Занятия в учебной комнате. Путем опроса студентов выясняют возможные варианты тазового предлежания (неполные и полные ягодичные и ножные). Клинический разбор беременной с тазовым предлежанием. Проводится обследование с целью изучения диагностики тазового предлежания, выяснения причин. С помощью фантома и куклы изучается биомеханизм родов при тазовом предлежании. Преподаватель путем опроса студентов сначала разбирает каждый момент биомеханизма родов, а затем студенты обобщают весь процесс биомеханизма родов при тазовом предлежании. Уточняется особенность течения и осложнения во время беременности в 1-м, 2-м периодах родов, профилактика и наиболее рациональные методы их устранения.

Знакомство с неправильными положениями плода. Акушерская терминология.

Перерыв.

На фантоме отрабатывается техника ручного пособия по Цовьянову, классического ручного пособия и ведения родов при ножном предлежании по методу Цовьянова. Сначала каждый прием демонстрирует преподаватель, а затем он выполняется всеми студентами.

Решение акушерских задач для контроля усвоения темы занятий.

НАГЛЯДНЫЕ ПОСОБИЯ

1. Фантом и кукла

2. Модель костного таза

Рисунки:

- ягодичные предлежания (неполные и полные)
- Ножные предлежания (полные и неполные)
- Моменты биомеханизма родов при тазовом предлежании
- Ручное пособие по Цовьянову при неполном ягодичном предлежании
- Классическое ручное пособие (освобождение ручек)
- Выведение последующей головки (по методу Морисо-Левре и Файт-Смелли).
- Ведение родов по методу Цовьянова при ножных предлежаниях.
- Осложнение родов при тазовых предлежаниях (запрокидывание ручек, образование заднего вида, рождение головки при спазме шейки матки, разгибание последующей головки).
- Поперечное положение плода.
- Запущенное поперечное положение плода.

Видеофильмы.

ВОПРОСЫ:

1. Дайте определение тазового предлежания плода?
2. Частота тазового предлежания?
3. Причины тазовых предлежаний?
4. Классификация тазовых предлежаний плода?
5. Дайте определение чисто ягодичного предлежания?
6. Дайте определение смешанного предлежания плода?
7. Дайте определение ножного предлежания?
8. Дайте определение коленного предлежания плода?
9. Как можно диагностировать тазовое предлежание плода наружными методами?
10. Какой метод исследования позволяет наиболее точно диагностировать тазовое предлежание плода?
11. Какой вариант тазового предлежания является наиболее выгодным, как для матери, так и для плода?
12. С какой предлежащей частью можно спутать чистое ягодичное предлежание и какие отличительные признаки?
13. Куда обращен крестец при первой и второй позиции, переднем и заднем виде?
14. Перечислите возможные осложнения течения беременности при тазовом предлежании плода?
15. Какие особенности ведения беременности при тазовом предлежании плода?
16. Сколько моментов в биомеханизме родов при тазовом предлежании плода?
17. Что является ведущей точкой при чистом ягодичном предлежании?
18. В каком отделе таза начинается внутренний поворот ягодич?
19. Что является точкой фиксации при чистом ягодичном предлежании?
20. Каким размером прорезывается последующая головка?
21. Где располагается родовая опухоль при чистом ягодичном предлежании?
22. Особенности течения и осложнения первого периода родов при тазовом предлежании плода
23. Назовите причину преждевременного излития вод при тазовом предлежании плода?
24. Назовите возможные осложнения во втором периоде родов при тазовом предлежании плода?
25. Современные показания к операции кесарева сечения при тазовых предлежаниях плода?
26. Что такое пособие при тазовых предлежаниях?
27. Перечислите виды ручных пособий при тазовом предлежании плода?
28. Сколько этапов различают при рождении плода при тазовом предлежании?
29. Цель метода Н.А.Цовьянова I.
30. Опишите технику ручного пособия по методу Н.А.Цовьянова I.
31. Суть метода Н.А.Цовьянова II.

32. Опишите технику метода Н.А.Цовьянова II.
33. Когда нужно прекратить противодействие рождающимся ножкам плода?
34. Осложнения, возникающие при оказании пособий по Цовьянову в родах при тазовом предлежании.
35. Классическое ручное пособие при тазовом предлежании.
36. Выведение головки плода по методу Мориссо-Левре-Ла Шапель
37. Ведение I периода родов при тазовом предлежании плода?
38. Ведение II периода родов при тазовом предлежании плода?
39. Какие положения плода относятся к неправильным?
40. Какое положение плода называется поперечным?
41. Что такое запущенное поперечное положение плода?
42. Современные принципы диагностики неправильного положения плода.
43. Какова тактика врача при запущенном поперечном положении плода?
44. Как на ощупь можно отличить ногу плода от руки?

ЗАДАЧИ:

1. В родильное отделение поступила первородящая 17-ти лет с доношенной беременностью, без родовой деятельности, с излитием околоплодных вод два часа тому назад. На учете в женской консультации с 28 недель.

Общая прибавка в весе – 13 кг, неравномерная, особенно за последние три недели. Данная беременность - первая.

При поступлении: состояние удовлетворительное, жалоб не предъявляет, АД 140/100, 145/105 мм рт. ст., рост 162 см, вес 73 кг. Отеки нижних и верхних конечностей. Размеры таза: 26-28-30-19 см. Индекс Соловьева 13,5 см. Ромб Михаэлиса 10х10 см. Окружность живота 105 см, высота стояния дна матки над лоном 38 см. Предполагаемая масса плода 3800,0 г.

При влагалищном исследовании диагностировано тазовое предлежание плода. Родовой деятельности нет. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 144 уд/мин. Подтекают светлые воды.

Диагноз? План ведения родов.

2. В родильное отделение поступила повторнородящая 30-ти лет со сроком беременности 38 недель с жалобами на схваткообразные боли внизу живота в течение двух часов. Беременности: 1-я (8 лет назад) закончилась срочными родами в головном предлежании (3650, 0,53), без осложнений; 2-я (4 года назад) закончилась самопроизвольным выкидышем в сроке 12 недель с выскабливанием стенок полости матки, без осложнений; данная беременность - 3-я.

Гинекологические заболевания отрицает.

Течение данной беременности без осложнений. Общая прибавка в весе - 7 кг, равномерная. При поступлении: состояние удовлетворительное. Рост 175 см. Вес 68 кг. Размеры таза: 26-29-31-21 см. Индекс Соловьева 15 см. Ромб Михаэлиса правильной формы, 11x10 см. Окружность живота 100 см, высота стояния дна матки над лоном 36 см. Предполагаемая масса плода 3600,0 г.

Объективно: схватки через 6-7 минут по 35 секунд хорошей силы, умеренной болезненности. Положение плода продольное, спинка определяется слева, мелкие части плода - справа. В дне матки определяется головка плода, предлежит тазовый конец, прижат ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 уд/мин. Воды целы.

Влагалищное исследование: шейка матки укорочена до 1,5-2,0 см, мягкая, центрированная, канал свободно пропускает 1 палец. Плодный пузырь цел. Предлежат ягодичы плода, прижаты ко входу в малый таз. Мыс не достигается. Экзостозов не выявлено.

Диагноз? План ведения родов.

3. Ягодицы в полости малого таза. I позиция, передний вид. *В каком размере находится межвертельная линия?*

4. Ягодицы в полости малого таза. II позиция, передний вид. *В каком размере находится межвертельная линия?*

5. Ягодицы в выходе из полости малого таза. *Где располагается плечевой пояс по отношению к тазу?*

6. Ягодицы проходили малый таз в левом косом размере. *В каком размере будет проходить головка?*

7. Беременность и роды I. Открытие маточного зева полное. Таз нормальных размеров. Предлежат ножки. В момент отхождения вод выпала пульсирующая пуповина. *Диагноз. Что делать?*

8. Роды I. Схватки через 3 мин, по 40 сек. Предлежат ножки. Открытие зева 4 см. Плодный пузырь цел. *Диагноз. Как вести роды?*

9. Роды I, срочные. Размеры таза нормальные. Схватки энергичные. Предлежит тазовый конец. Сердцебиение плода 140 уд. в 1 мин. Внутреннее исследование: открытие полное, плодный пузырь цел, ягодичы прижаты ко входу в малый таз. *Диагноз. Как вести роды?*

10. Роды четвертые длятся 3 суток. Воды излились 10 часов назад. Из влагалища свисает отечная ручка. Положение плода поперечное. Матка плотно охватывает плод. Сердцебиение плода не выслушивается. Полное открытие шейки матки.

Диагноз? Что делать?

11. Двойня, один плод только что родился, второй в поперечном положении. Плодный пузырь цел. Сердцебиение плода 130 уд в 1 мин.

План ведения ?

12. Беременная 27 лет поступила в отделение 15 марта. Последняя менструация 18 июля. Первая беременность закончилась абортom в 9 нед., 2 и 3 самопроизвольный аборт в сроке 16 и 21 нед. Данная беременность 4. В сроке 12 - 28 нед была осложнена угрозой прерывания, по поводу чего дважды стационарное лечение в отделении патологии беременных. Матка соответствует сроку беременности, но при пальпации приходит в тонус и при этом в дне ее отчетливо пальпируется углубление седловидной формы. В дне матки находятся мелкие части плода, слева пальпируется крупная баллотирующая, а справа тоже крупная часть плода, но не баллотирующая при исследовании. Предлежащей части нет. Сердцебиение плода ясное ритмичное 136 уд. в 1 мин.

Диагноз? Тактика ведения беременности? Тактика ведения родов?

ЛИТЕРАТУРА

Основная:

Акушерство: Учебник / Г.М.Савельева, В.И.Кулаков, А.Н.Стрижаков и др.; Под ред. Г.М.Савельевой. – 2009 г. – С.219-243, 275-279.

Тема 11. Зачёт по практическим навыкам.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПОДГОТОВКЕ К ЗАЧЕТУ ПО ПРАКТИЧЕСКИМ НАВЫКАМ:

Зачет проводится в 3 этапа:

1. Тестирование по темам, изученным на практических занятиях в I семестре – тестовое задание включает 25 вопросов, на каждый из которых студент должен выбрать один наиболее правильный ответ из предложенных.
2. Практические навыки – каждый студент получает для курации пациентку (беременную, роженицу или родильницу), в палате студент опрашивает и осматривает пациентку, на основании полученных данных ставит диагноз. Затем студент докладывает полученные результаты преподавателю, принимающему зачет: ФИО пациентки, возраст, диагноз. Далее преподаватель предлагает студенту продемонстрировать некоторые практические навыки из перечня.
3. Решение клинических задач – каждый студент получает 1 клиническую задачу, из тех что представлены в данных методических указаниях. По данным, имеющимся в условии задачи, необходимо поставить диагноз, а затем ответить на вопросы.

Зачет по практическим навыкам получают студенты, успешно прошедшие все три этапа. К сдаче следующих этапов студенты допускаются не зависимо от результата сдачи предыдущих этапов. При пересдачах студенты сдают только те этапы, которые им не были зачтены.

ПЕРЕЧЕНЬ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ

1. Определение срока беременности и предположительной даты родов (по первому дню последней менструации, по первой явке в женскую консультацию, по первому шевелению плода, по УЗИ)
2. Расчет предположительной массы плода по формуле Жордания
3. Приемы Леопольда
4. Аускультация сердцебиения плода
5. Измерение размеров таза
6. Окружность живота
7. Высота стояния дна матки
8. Индекс Соловьева
9. Ромб Михаэлиса

10.Диагностика отеков

11.Определение тонуса матки

Тема 12. Курация беременных, рожениц, родильниц.

Цель занятия: закрепление на практике знаний о правилах ведения медицинской документации (история родов), приемах сбора анамнеза и методах обследования беременных, рожениц и родильниц.

Содержание занятия: повторение правил обследования, применяемых в акушерстве, курация беременных, рожениц и родильниц в отделениях патологии беременности, в родильных и послеродовых палатах с целью сбора материала для написания клинической истории родов. Особенности заполнения истории родов.

Исходные знания студентов: схема сбора анамнеза у беременных, рожениц и родильниц, правила объективного обследования в акушерстве, знания о медицинской документации.

Практические навыки: уметь собрать анамнез и провести обследование беременной, роженицы, родильницы, заполнить историю родов.

ПЛАН ЗАНЯТИЯ

Занятия в учебной комнате. Контроль знаний студентов с помощью тестового контроля. Путем опроса студентов преподаватель выясняет исходные знания студентов по теме занятия. Повторение правил заполнения истории родов, схемы сбора анамнеза и объективного обследования беременных, рожениц, родильниц.

Перерыв.

Занятия в отделениях патологии беременности, родильном блоке и послеродовых палатах. Каждый студент получает для курации пациентку. После окончания курации все студенты докладывают полученные данные преподавателю, ставят предварительный диагноз и назначают план обследования. Затем студенты имеют возможность ознакомиться с результатами обследования курируемых пациенток. На последующих занятиях выделяется по 15 минут для проведения динамического наблюдения за закрепленными пациентками.

Схема диагностического поиска и выбора рациональной тактики у роженицы

I этап - установить наличие беременности и ее срок, используя анамнестические данные и методы объективного акушерского исследования.
--

II этап - оценить телосложение женщины, массу, рост, измерить размеры таза и оценить его емкость.

III этап - установить членорасположение плода (положение, предлежание

позицию и вид), определить предполагаемую массу плода.

IV этап - используя анамнестические данные, провести общее обследование женщины, оценить ее общесоматический статус и выявить отклонения в течение беременности.

V этап - используя пальпаторные данные, диагностировать наличие родовой деятельности, оценить ее характер, диагностировать период родов, уровень стояния головки.

VI этап - произвести влагалищное исследование (или оценить его данные) для уточнения размеров таза, состояния шейки матки, плодного пузыря, предлежащей части и уровня ее стояния.

VII этап - оценить течение родов на данном этапе и выработать план ведения родов в дальнейшем. Решить вопрос о виде обезболивания родов и других медикаментозных воздействий.

VIII этап - определить исход родов для матери и плода.

Методика обследования родильницы

I этап - сбор общего и акушерско-гинекологического анамнеза, выяснение особенностей течения настоящей беременности и родов.

II этап - общее обследование по органам и системам.

III этап - специальное обследование, включающее осмотр и пальпацию молочных желез, определение величины и консистенции матки, осмотр наружных половых органов, оценка характера послеродовых выделений.

IV этап - оценка полученных данных в соответствии со сроком послеродового периода, заключение о нормальном течении послеродового периода.

ВОПРОСЫ:

1. Схема сбора анамнеза у беременных, рожениц, родильниц.
2. План проведения осмотра и обследования в акушерстве.
3. Особенности обследования женщин во время беременности, в родах и в послеродовом периоде.
4. Виды медицинской документации, используемой в акушерском стационаре.
5. Принципы оформления истории родов.

ЛИТЕРАТУРА

Основная:

Акушерство: Учебник / Г.М.Савельева, В.И.Кулаков, А.Н.Стрижаков и др.; Под ред. Г.М.Савельевой. – 2009 г. – С. 97-139, 185-197, 212-214.

Тема 13. Кровотечения в 1 триместре беременности. Аборт. Внематочная беременность. Пузырный занос.

Цель занятия: Изучить основные причины кровотечений в I триместре беременности. Изучить прерывание беременности в различные сроки, принципы ведения различных форм аборта, лечение. Осложнения аборта. Медицинская помощь. Внематочная беременность. Пузырный занос. Диагностика и лечение.

Содержание занятия Классификация абортов по характеру возникновения, причины самопроизвольных абортов, стадии клинического течения, клиника, тактика ведения. Методы прерывания беременности в ранних и поздних сроках, показания к прерыванию. Осложнения абортов. Внематочная беременность, этиология патогенез, классификация, диагностика и лечение. Пузырный занос.

Исходные знания студентов: структурные изменения шейки матки в процессе ее раскрытия, диагностика срока беременности.

Практические навыки: Студенты должны уметь распознавать формы выкидышей, знать методы их лечения, выписывать рецепты медикаментозных средств, знать методы прерывания беременности в различные сроки, диагностировать угрозу прерывания беременности, назначить лечение. Знать инструменты используемые для прерывания беременности.

ПЛАН ЗАНЯТИЯ

Опрос студентов с помощью программированного контроля.

Изучение различных форм самопроизвольных абортов (ранний, поздний, привычный, начавшийся, в ходу, полный, неполный, не совершившийся). Криминальный аборт (инфицированный, септический).

Вначале преподаватель опрашивает студентов по вопросам этиологии и классификации выкидышей. Затем в отделении патологии беременных студенты курируют больных с разными формами выкидышей, после чего в присутствии всей группы студенты докладывают результаты обследования, ставят диагноз, уточняют возможные причины выкидыша у данной больной, намечают план лечения, выписывают необходимые рецепты.

Перерыв.

Вторая половина занятия посвящается изучению методов прерывания беременности по желанию женщины и по медицинским показаниям в ранние и поздние сроки беременности. После краткого опроса преподаватель знакомит студентов с инструментарием демонстрирует технику удаления плодного яйца, методы обезболивания.

Преподаватель знакомит студентов с возможными осложнениями операции, их профилактикой и лечением (путем опроса студентов и дополнения).

Разбираются клиническое течение и методы терапии больных с внебольничными абортами (инфицированными и септическими).

Особенно подчеркиваются вопросы тактики ведения при таких осложнениях внебольничных абортов как кровотечение, перфорация матки, задержка плодного яйца в матке.

Разбираются методы контрацепции, обращается особое внимание на характеристику этих методов, показания, противопоказания для их применения. Эффективность современных противозачаточных средств.

Решение акушерских задач для контроля усвоения темы занятия.

НАГЛЯДНЫЕ ПОСОБИЯ

I. Набор инструментов для операции искусственного аборта.

II. Набор современных противозачаточных средств.

Рисунки:

1. Техника операции искусственного аборта.
2. Перфорация матки кюреткой.
3. Стадии развития аборта.
4. Лечение истмико-цервикальной недостаточности.

Вопросы:

1. Назовите основные причины кровотечений в I половине беременности?
2. Что такое аборт?
3. Как делятся аборты по характеру возникновения?
4. Перечислите причины самопроизвольного аборта.
5. Какие стадии аборта различают и их латинские термины?
6. Какие клинические данные угрожающего выкидыша?
7. Какие клинические данные начавшегося аборта?
8. Какие диагностические данные характерны для аборта в ходу?
9. Назовите клинические данные характерные для полного аборта?
10. Какие клинические данные характеризуют неполный аборт?
11. Какая характерная клиническая картина для задержавшегося выкидыша?
12. Назовите характерную клиническую картину для неосложненного инфицированного аборта.
13. Какая клиническая картина осложненного инфицированного аборта?
14. Какая клиническая картина септического аборта?
15. Перечислите моменты операции выскабливания полости матки.
16. Назовите осложнения медицинского аборта.
17. Что такое перфорация матки?
18. Какими путями производится искусственный аборт до 12 недель.
19. Какие принципы лечения угрожающего аборта?
20. Какие принципы лечения начавшегося аборта?
21. Какие принципы лечения аборта в ходу?
22. Какие принципы лечения полного аборта?
23. Какая врачебная тактика при неосложненном неполном абрте?
24. Какие принципы лечения инфицированного неосложненного аборта?
25. Какие принципы лечения осложненного аборта?

26. Какие принципы лечения септического аборта?
27. Какие имеются противопоказания к выполнению искусственного аборта?
28. Какие данные влагалищного исследования при полном аборте?
29. Что такое пузырный занос?
30. На основании каких данных можно заподозрить пузырный занос?
31. Перечислите виды внематочной беременности?
32. Диагностика внематочной беременности?
33. Неотложная помощь при внематочной беременности.

Задачи:

1. Беременность сроком 8 недель. С целью прерывания беременности произведено какое-то внутриматочное вмешательство. Температура 38.0 С, пульс 112 ударов в минуту. Общее недомогание. Шейка пропускает палец, матка увеличена до 8 недель, болезненная. Умеренные кровянистые выделения. Диагноз? План ведения? Группа риска?
2. Больная К., 22 года, поступила в отделение патологии беременных с жалобами на боли внизу живота и скудные кровянистые выделения из половых путей. Последние месячные 2 мес назад. Соматически здорова. В прошлом перенесла воспаление придатков матки. Проводилось длительное консервативное лечение в стационаре. На фоне воспалительного процесса отмечалось нарушение менструального цикла. Данные осмотра: общее состояние удовлетворительное, при влагалищном исследовании: кровянистые выделения (скудные), тело матки увеличено соответственно 7 нед. беременности, шейка матки сформирована, наружный зев закрыт. Диагноз. Тактика врача?
3. Женщина 33 лет доставлена в отделение с жалобами на схваткообразные боли внизу живота, обильные кровянистые выделения из половых путей, повышение Т тела до 38 °С. Три дня назад искусственное прерывание беременности. При осмотре: шейка матки укорочена, цервикальный канал проходим для 1 пальца. Матка увеличена как при 8 нед беременности, тестоватой консистенции. Какова тактика ведения больной?

Литература

Основная:

Акушерство: Учебник./Г.М.Савельева, В.И.Кулаков, А.Н.Стрижаков и др.; Под ред. Г.М.Савельевой.– 2009 – С. 297-301, 313-325.

Тема 14. Невынашивание и перенашивание беременности.

Цель занятия: Усвоить понятия о невынашивании беременности. Изучить патогенез, клинику, диагностику преждевременных родов. Научить студентов ставить правильный диагноз и выбирать рациональную лечебную тактику при преждевременных родах. Изучить причины перенашивания, течение беременности, влияние перенашивания на плод, диагностику перенашивания.

Содержание занятия: Преждевременные роды. Этиология. Течение преждевременных родов, их ведение. Профилактика невынашивания. Истмико-цервикальная недостаточность. Перенашивание беременности. Продолжительность беременности, гестационный возраст плода. Понятие о пролонгированной и переносной беременности. Этиология, патогенез. Течение беременности и родов при перенашивании. Влияние перенашивания на плод. Диагностика перенашивания, профилактика и терапия осложнений связанных с перенашиванием.

Исходные знания студентов: регуляция сократительной деятельности матки, роль нейроэндокринных факторов. Методика изучения общего и акушерско-гинекологического анамнеза. Методы обследования беременных в поздние сроки. Средства снижающие тонус миометрия. Определение сроков беременности и сроков родов.

Практические навыки: уметь диагностировать различные стадии преждевременных родов, выявлять основные причины прерывания беременности в поздние сроки, выбирать рациональную тактику ведения преждевременных родов. Тактика ведения беременности при перенашивании.

ПЛАН ЗАНЯТИЯ

Опрос студентов с помощью программированного контроля.

Изучение патогенеза преждевременных родов, классификация. Диагностика. Лечение. Особенности тактики ведения преждевременных родов.

Курация беременных с угрозой прерывания в отделении патологии беременных.

Перерыв.

Перенашивание беременности. Пролонгированная и переносная беременность. Диагностика перенашивания. Показания к кесареву сечению при перенашивании беременности. Осложнения в родах. Тактика ведения родов при перенашивании.

Курация беременных перед родами. Выяснение наличия перенашивания беременности.

Решение задач.

НАГЛЯДНЫЕ ПОСОБИЯ

Вопросы:

1. Что такое преждевременные роды?
2. С какого и по какой срок беременности роды считаются преждевременными?
3. Перечислите моменты обследования беременных женщин страдающих невынашиванием беременности.
4. Какие осложнения встречаются при преждевременных родах?
5. Тактика ведения преждевременных родов?
6. Как определяют степень недоношенности плода?
7. Классификация токолитических средств.
8. Какая беременность считается переношенной?
9. Что такое истинное перенашивание?
10. Что такое пролонгированная беременность?
11. Причины перенашивания беременности?
12. Методы диагностики перенашивания беременности?
13. Характерные особенности течения переношенной беременности.
14. Особенности течения запоздалых родов.
15. Определение биологической готовности организма беременной к родам.
16. Профилактика перенашивания беременности.

Литература

Основная:

Акушерство: Учебник./Г.М.Савельева, В.И.Кулаков, А.Н.Стрижаков и др.; Под ред. Г.М.Савельевой. – 2009 – С. 301 – 313, 325-331.

Дополнительная:

Ведение преждевременных родов при сроке беременности 22 недели и более. Методические рекомендации. Приложение 2. К приказу Минздрава РФ от 4 декабря 1992 г. № 318.

Тема 15. Аномалии родовой деятельности

Цель занятия: Изучить различные формы аномалий родовой деятельности: этиологию, патогенез, клинику, диагностику и патогенетическое лечение.

Содержание занятия: Нарушения сократительной деятельности матки. Слабость родовой деятельности (первичная и вторичная). Этиология, клиника, диагностика и терапия. Дискоординированная родовая деятельность. Быстрые и стремительные роды.

Исходные знания студентов: динамика физиологических родов, механизм раскрытия шейки матки у первородящих и у повторнородящих, методы оценки сократительной деятельности матки. Сокращающие средства.

Практические навыки: студенты должны уметь определять готовность организма к родам, уметь диагностировать аномалии родовой деятельности. Знать методы лечения различных форм аномалий, показания и противопоказания к назначению сокращающих средств. Определить показания для кесарева сечения при аномалиях родовой деятельности.

Место занятия: учебная комната, предродовая палата, родильный зал.

Оснащение: истории родов, монитор, таблицы схем стимулирования родовой деятельности, партограммы.

ПЛАН ЗАНЯТИЯ

Опрос студентов с помощью программированного контроля.

Изучение методов определения готовности организма к родам. Оценка степеней “зрелости” шейки матки. Окситоциновый тест. Регуляция сократительной функции матки. Тройной нисходящий градиент.

Курация беременных перед родами. Определение степени готовности организма к родам.

Перерыв.

Курация беременных перед родами. Определение степени готовности организма к родам. Курация рожениц в родильном зале. Обращается внимание на методы оценки характера родовой деятельности. Наружная гистерография. Разбор истории родов с первичной слабостью родовой деятельности. Классификация тонометрических средств. Методика применения окситоцина и простагландинов для родоусиления. Понятие о медикаментозном сне отдыхе. Вторичная слабость родовой деятельности. Методы диагностики и лечения. Клинический разбор курируемых рожениц. Решение задач.

НАГЛЯДНЫЕ ПОСОБИЯ

Вопросы:

1. Что входит в понятие родовых сил?
2. Что называют схватками и потугами?
3. От чего зависит сократительная деятельность матки?
4. От чего зависит тонус матки и как о нем можно судить?

5. Методы определения частоты и продолжительности схваток?
6. Нормальная продолжительность родов.
7. Какие роды следует отнести к категории затяжных, быстрых, стремительных?
8. Как определяют готовность организма к родам?
9. Что такое тройной нисходящий градиент?
10. Сколько степеней “зрелости” шейки матки выделяют?
11. Какие показатели необходимо определять для выяснения степени “зрелости” шейки матки?
12. Что такое окситоциновый тест?
13. Понятие об аномалиях родовой деятельности.
14. Назовите основные формы аномалий родовой деятельности.
15. Причины аномалий родовой деятельности.
16. Современная классификация аномалий родовой деятельности.
17. Что такое прелиминарный период?
18. Методы диагностики и лечения патологического прелиминарного периода.
19. Виды слабости родовой деятельности.
20. Как провести дифференциальный диагноз между патологическим прелиминарным периодом и слабостью родовой деятельности.
21. Диагностика первичной слабости родовой деятельности.
22. Какие методы лечения слабости родовой деятельности?
23. Противопоказания для родоусиления при аномалиях родовой деятельности.
24. Методика введения окситоцина.
25. Показания к кесареву сечению при слабости родовой деятельности.
26. Что такое вторичная слабость родовой деятельности?
27. Что входит в состав гормонально-витамино-кальциевого фона?
28. Лечение вторичной слабости родовой деятельности.
29. Что называется чрезмерно сильной родовой деятельностью?
30. Понятие о дискоординированной родовой деятельности, ее виды, причины, клинические симптомы и лечение.

Задачи:

1. Роды повторные, продолжаются 6 часов, родовая деятельность слабая, головка прижата ко входу в малый таз, сердцебиение плода ясное, ясное ритмичное, воды не изливались. При влагалищном исследовании: открытие маточного зева 3 см, плодный пузырь не выражен. *Диагноз? Что следует предпринять?*

Литература

Акушерство: Учебник/Г.М.Савельева, В.И.Кулаков, А.Н.Стрижаков и др.; Под ред. Г.М.Савельевой. – С. 419-429.

Тема 16. Предлежание плаценты и преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты

Цель занятия: изучить этиологию и патогенез предлежания плаценты и преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты, клинику, диагностику, лечение данной патологии. Неотложная помощь.

Содержание занятия: Этиология предлежания плаценты, классификация, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения, тактика ведения беременности и родов. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, предрасполагающие и непосредственно воздействующие причины, клинические проявления, диагностика, осложнения, акушерская тактика.

Исходные знания студентов: особенности кровоснабжения матки, место прикрепления плаценты в норме, периоды родов. Приемы Леопольда.

Практические навыки: Студенты должны уметь правильно поставить диагноз при кровотечении во второй половине беременности, назначить консервативное лечение, определить показания к хирургическому вмешательству, уметь произвести вскрытие плодного пузыря. Уметь диагностировать ДВС синдром. Уметь оказать неотложную помощь.

ПЛАН ЗАНЯТИЯ

Опрос студентов с применением программированного контроля.

Предлежание плаценты: клиника, диагностика, лечение. Разбор историй родов рожениц с предлежанием плаценты. Студенты ставят поэтапный диагноз. Назначают лечение. Изучают УЗИ изображения при предлежании плаценты.

Перерыв.

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Клиника, диагностика, лечение. Разбор историй рожениц с преждевременной отслойкой плаценты.

В палате патологии беременных студенты осматривают беременных с предлежанием плаценты.

Решение задач.

НАГЛЯДНЫЕ ПОСОБИЯ

Рисунки:

Виды предлежания плаценты.

Инструментальное вскрытие плодного пузыря.

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, ретроплацентарная гематома.

Вопросы:

1. Какие виды предлежания плаценты Вы знаете?
2. Что такое полное и неполное предлежание?
3. Что такое боковое и краевое предлежание плаценты?
4. Причины способствующие предлежанию плаценты?

5. Клиника предлежания плаценты.
6. Диагностика предлежания плаценты.
7. Какие следует соблюдать условия при проведении влагалищного исследования при предлежании плаценты?
8. Что такое низкая плацентация?
9. Как следует вести ранний послеродовый период?
10. В чем заключается профилактика предлежания плаценты?
11. Каков прогноз для матери и плода при предлежании плаценты?
12. Что относится к предрасполагающим причинам?
13. Что относится к причинам, непосредственно вызывающим преждевременную отслойку нормально расположенной плаценты?
14. Каков патогенез преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты?
15. В каких случаях при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты говорят о матке “Кювелера”?
16. По какой причине нарушается свертываемость крови при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты?
17. Какова клиника преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты?
18. Какова диагностика преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты?
19. С какими патологическими состояниями следует проводить дифференциальный диагноз?
20. Каковы методы лечения при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты?
21. Как поступать после родоразрешения через естественные родовые пути?
22. Какова профилактика преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты?

Задачи:

1. У первобеременной 36 лет при сроке 9 акушерских месяцев начались схватки и обильное кровотечение. Головка над входом в малый таз. Сердцебиение плода хорошее. Во влагалище и на шейке матки изменений нет. Шейка сглажена. Открытие шейки 4 см. Область внутреннего зева занята плацентой. Предлежащая часть плода при влагалищном исследовании не ясна.

Диагноз? План ведения?

2. Роды 4 хорошие схватки, головка над входом в малый таз. Воды целы. Сердцебиение плода 120 ударов в 1 мин. Появились умеренные кровянистые выделения. При влагалищном исследовании открытие шейки 4 см. Сбоку справа определяется рыхлая ткань, на остальных участках - оболочки.

Диагноз? План ведения?

3. Своевременные роды. Головка над входом в малый таз. Шейка раскрыта на 4 см. Плодный пузырь цел. Слева третья часть зева занята плацентарной тканью. Кровотечение умеренное.

Диагноз? Что делать?

4. У роженицы с нефропатией в анамнезе после начала родовой деятельности появились резкие боли в животе. Матка напряжена, между схватками не расслабляется, при пальпации на передней стенке матки ближе к лону определяется болезненная припухлость. Пульс 130 уд. в 1 мин. А/Д-100/60 мм рт.ст. *Диагноз. План ведения?*

5. Беременная 31 года, доставлена в роддом с жалобами на боли внизу живота 6.06.91 г. в 8 час 20 мин. Анамнез заболевания: заболела остро в 5 часов утра, проснулась от резких болей внизу живота, боли не уменьшались, появилась слабость в связи с чем была доставлена в родильный дом. При поступлении беспокойна, жалуется на боли внизу живота. Из анамнеза выяснено, что в течение 2 лет страдает гипертонической болезнью. Беременность 7 роды 3. Предыдущие роды и аборт без особенностей. На учете с 9 нед беременности. Артериальное давление 140/100-130/90 мм рт.ст.

Объективно: телосложение правильное, кожные покровы бледные, АД - 100/60, пульс 68 уд/мин. Масса тела 69 кг, рост 158 см. Окружность живота 102 см, высота стояния дна матки над лоном 38 см, матка напряжена, не расслабляется, форма ее правильная резко болезненная при пальпации. Головка над входом в малый таз. Сердцебиение плода не выслушивается.

Влагалищное исследование: шейка матки длиной 2 см, пропускает 1 поперечный палец, края плотноваты, плодный пузырь цел, напряжен, предлежит головка, мыс не достигается. Выделения незначительные молочного цвета. *Диагноз. Что делать?*

6. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Состояние роженицы средней тяжести. Симптомы внутреннего кровотечения нарастают. Открытие 4 см. С/биение плода не выслушивается. Плодного пузыря нет. *Что делать?*
7. После падения беременной на улице началось кровотечение из половых путей. При осмотре обнаружено: беременность 39 нед, кожные покровы бледные, пульс 100 уд/мин, А/Д 90/40 мм рт.ст., матка напряжена, болезненна, особенно слева, ближе к дну, там же определяется небольшая

припухлость. С/биение плода не выслушивается. Шейка матки закрыта. В сводах пастозности не отмечается. *Диагноз? План ведения?*

Литература

Основная:

Акушерство: Учебник/Г.М.Савельева, В.И.Кулаков, А.Н.Стрижаков и др.; Под ред. Г.М.Савельевой. – 2009 – С. 429-445.

Тема 17. Кровотечение в послеродовом и раннем послеродовом периоде.

Цель занятия: изучение причин, клиники, диагностики и методов лечения кровотечений в послеродовом и раннем послеродовом периодах. Неотложная помощь.

Содержание занятия: Причины кровотечения в послеродовом периоде. Патология прикрепления плаценты, клиника, тактика. Гипотонические кровотечения в раннем послеродовом периоде. Этиология, диагностика, принципы и этапы оказания помощи. Борьба с острой кровопотерей и геморрагическим шоком. Профилактика. ДВС -синдром в акушерстве. Причины, диагностика, методы лечения.

Исходные знания студентов: ведение третьего периода родов, механизм отделения и выделения последа.

Практические навыки: студент должен уметь провести профилактические мероприятия в последовом и раннем послеродовом периодах, установить источник возникшего кровотечения и оказать необходимую помощь, провести ручное обследование полости матки. Уметь оказать неотложную помощь при кровотечении в последовом и раннем послеродовом периодах.

ПЛАН ЗАНЯТИЯ

Опрос студентов с помощью программированного контроля.

Разбор в учебной комнате причин, диагностики и комплекса мероприятий при кровотечениях в последовом и раннем послеродовом периодах в связи с гипотонией матки. Перед опросом следует кратко повторить клинику и течение последового и раннего послеродового периодов. На фантоме студенты обучаются ручному отделению плаценты и выделению последа, обследованию стенок полости матки.

Перерыв.

Занятие в родильном отделении. Студенты следят за роженицами в последовом и раннем послеродовом периодах, под руководством преподавателя проводят комплекс профилактических мероприятий, выделяют из матки отделившийся послед, измеряют кровопотерю, оценивают реакцию на нее родильницы.

Важно обратить внимание студентов на состояние матки в раннем послеродовом периоде и характер крови, вытекающей из половых путей. Знакомятся с готовностью родильного дома по борьбе с кровопотерей.

В учебной комнате проводится поэтапный разбор историй родов, осложнившихся кровотечением в последовом и раннем послеродовом периодах. Выбор и обоснование методов лечения. ДВС синдром в акушерстве. Причины, диагностика. Методы лечения. Неотложная помощь при акушерских кровотечениях.

Решение задач.

НАГЛЯДНЫЕ ПОСОБИЯ

Рисунки:

Последовый период - задержка отслоения части плаценты, прикрепленной в трубном углу.

Ущемление плаценты при спазме маточного зева.

Истинное приращение плаценты.

Выделение последа по Абуладзе

Выжимание последа по Гентеру.

Выжимание последа по Креде-Лазаревичу.

Ручное отделение плаценты.

Массаж матки на кулаке.

Места перевязки маточных и яичниковых сосудов.

Таблица:

Схема поэтапных мероприятий при гипотоническом кровотечении.

Причины ДВС синдрома в акушерстве.

Принципы терапии массивных акушерских кровотечений.

Вопросы:

1. Какой основной симптом при задержке в матке плаценты или ее частей?
2. Какова сила кровотечения и от каких причин она зависит?
3. Какие еще могут быть симптомы при задержке детского места или его частей в матке?
4. Как диагностируется задержка последа или его частей в полости матки?
5. Каковы методы лечения при задержке детского места или его частей в полости матки?
6. Какие меры профилактики задержки частей последа в полости матки?
7. Что такое плотное прикрепление плаценты?
8. Что такое истинное приращение плаценты?
9. Каковы методы лечения при патологии прикрепления плаценты?
10. Какова клиника гипотонического кровотечения?
11. Послед отделился, но не выделился, что делать?
12. Клинические проявления частичного приращения плаценты в 3 периоде родов?
13. От каких факторов зависит развитие тяжелого состояния родильницы при гипотонических кровотечениях.
14. Какова диагностика гипотонии матки?
15. С чем следует дифференцировать гипотоническое кровотечение в раннем послеродовом периоде?
16. Каковы методы лечения при гипотонических кровотечениях?
17. Каковы мероприятия при остановке кровотечения?
18. Каковы мероприятия по борьбе с острой анемией?
19. Какова профилактика кровотечений в раннем послеродовом периоде?

Задачи:

1. Прошло 30 минут после рождения плода. Признаков отделения плаценты и кровотечения нет. Состояние роженицы удовлетворительное. *Диагноз? План ведения?*
2. Через 15 минут после рождения последа из половых путей появились обильные кровяные выделения, кровопотеря одномоментно достигла 500,0 мл и продолжается. Матка при наружном массаже дряблая, слабость, бледность родильницы. Пульс 100 уд/мин. АД 90/60 мм рт. ст. *Диагноз? План ведения?*
3. Через 15 минут после рождения последа, который при осмотре оказался целым, появилось кровотечение, кровопотеря 400 мл. Матка дряблая. Слабость, бледность родильницы. Пульс 110 уд/мин. АД 90/60 мм рт.ст. *Диагноз? План ведения?*
4. Плод погиб 5 недель назад. Роды при сроке беременности 38 недель мертвым плодом. Самостоятельно отделился и выделился послед. Детское место целое, оболочки все. После рождения последа началось кровотечение. Матка плотная. Вытекающая из половых путей кровь не свертывается в течении 15 мин.
Диагноз? План ведения? Какова ошибка врача женской консультации?
5. У роженицы с массой тела 60 кг через 20 минут после рождения плода началось кровотечение. Кровопотеря 250,0 мл. Признаков отделения плаценты нет.

Диагноз? Что делать?

Литература

Основная:

Акушерство: Учебник/Г.М.Савельева, В.И.Кулаков, А.Н.Стрижаков и др.; Под ред. Г.М.Савельевой.— 2009 – С. 445-463.

Тема 18. Беременность и роды при узком тазе.

Цель занятия: изучить классификацию, этиологию, строение различных форм таза (диагностику, течение беременности и родов при узком тазе). Понятие о клинически узком тазе. Методы функциональной оценки таза в родах.

Содержание занятия: Разновидности узкого таза. Классификация по форме и степени сужения, этиология узкого таза. Диагностика - основные и дополнительные методы. Осложнения при беременности и в родах. Особенности биомеханизма рождения плода. Тактика ведения беременных и рожениц с узким тазом. Признаки клинически узкого таза, тактика ведения.

Исходные знания студентов: измерение размеров таза, биомеханизм родов при переднем и заднем виде затылочного предлежания, течение родов по периодам.

Практические навыки: студент должен уметь распознать различные формы и степени узких тазов во время родов, установить клиническую несоразмерность между плодом и тазом матери, правильно провести роды. Знать биомеханизм родов при различных формах сужения таза.

ПЛАН ЗАНЯТИЯ

Опрос студентов с помощью программированного контроля.

Занятия в учебной комнате. Понятие об анатомически и клинически узких тазах. Классификация узких тазов по форме и степени сужения. Характеристика часто встречающихся узких тазов и изучение биомеханизма родов при них.

Перерыв.

Занятия в предродовой или отделении патологии беременных.

Студенты изучают диагностику узкого таза. Производят опрос, осмотр, тазоизмерение. Измеряют наружные размеры таза, боковые конъюгаты, размеры выхода, косые размеры таза. Измеряют индекс Соловьева и крестцовый ромб. Определяют положение и предлежание, характер родовой деятельности. Определяют предполагаемый вес плода и степень соответствия головки и таза.

Обращается внимание на классификацию клинически узкого таза по Р.И.Колгановой. Понятие о функциональной оценке таза в родах.

Намечается прогноз и план ведения родов. Возможные осложнения и их предупреждение.

Решение акушерских задач. (Смотри методические рекомендации).

НАГЛЯДНЫЕ ПОСОБИЯ

Нормальный таз, различные формы узких тазов, фантом кукла. Муляжи конфигурации головки.

Рисунки:

Различные формы узких тазов.

Варианты крестцового ромба.

Варианты изменения головки при различных формах узких тазов.

Варианты вставления головки при различных формах узких тазов.

Асинклитическое вставление головки.

Признак Вастена, Цангемайстера.

Таблица:

Классификация клинически узкого таза.

Вопросы:

1. Какой таз называется анатомически узким тазом?
2. Причины возникновения узких тазов?
3. Что такое клинически узкий таз?
4. Когда можно диагностировать клинически узкий таз?
5. Когда диагностируется анатомически узкий таз?
6. Какой таз называется общеравномерносуженым?
7. Какие Вы знаете разновидности общеравномерносуженного таза?
8. Назовите примерные наружные размеры общеравномерносуженного таза.
9. Какие виды плоских тазов Вы знаете?
10. Какой таз называется простым плоским?
11. Назовите наружные размеры простого плоского таза?
12. Охарактеризуйте плоскорахитический таз.
13. Назовите наружные размеры плоскорахитического таза?
14. Какой таз относится к общесуженному плоскому?
15. Характеристика признака В.А. Вастена?
16. При каких степенях сужения таза возможны самопроизвольные роды?
17. Особенности биомеханизма родов при общеравномерносуженном тазе?
18. Особенности биомеханизма родов при плоском тазе?
19. Особенности биомеханизма родов при поперечносуженном тазе?
20. Какие осложнения могут встречаться при первом периоде родов при узком тазе?
21. Осложнения II периода родов при узком тазе.
22. Принципы ведения I периода родов при узком тазе.
23. Перечислите признаки 1 степени несоответствия при клинически узком тазе?
24. При каких условиях оценивается симптом В.А. Вастена?
25. Перечислите признаки 2 степени несоответствия при клинически узком тазе?
26. Перечислите признаки 3 степени несоответствия при клинически узком тазе?
27. По каким признакам производится функциональная оценка таза в родах?

Задачи:

1. У первобеременной срок беременности 8 недель. Размеры таза 23-26-30-15 см. Диагональная конъюгата 8 см. *Диагноз? План ведения?*
2. При хорошей родовой деятельности, длящейся 10 часов, головка плода остается прижатой ко входу в малый таз. Воды излились 6 часов назад. Открытие зева полное. Признак Вастена положительный. *Диагноз? План ведения?*
3. Роды 2 срочные. Размеры таза: 24-25-28-17,5. Предыдущие роды закончились рождением мертвого плода массой 2900 г. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода 130 уд. в 1 мин. Прощупываются напряженные круглые связки, болезненность в нижнем сегменте. Признак Вастена положительный, контракционное кольцо на уровне пупка. Поведение роженицы беспокойное. Внутреннее исследование: открытие 8 см, плодный пузырь отсутствует.

Диагноз? Что делать?

4. Вторые своевременные роды продолжаются 8 часов, воды излились 2 часа тому назад. Таз 26-27-30-17 см. Диагональная конъюгата 10 см. Открытие шейки 8 см. Плодного пузыря нет. Головка крупная, прижата ко входу в малый таз. Признак Вастена положительный. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 уд/мин. Первые роды закончились краниотомией. Вес плода (без мозга) 3000 г. *Диагноз? План ведения?*
5. Роды вторые в срок, длятся 16 часов. Первые роды закончились рождением мертвого плода. Преждевременное излитие вод. Таз 24-26-29-17 см. Сердцебиение плода не выслушивается. Судорожные схватки. Матка в промежутках между схватками не расслабляется. Контракционное кольцо выше пупка. Резкая болезненность нижнего сегмента матки. Открытие зева полное. Головка малым сегментом во входе в таз. Признак Вастена положительный. *Диагноз? План ведения? Какая ошибка при ведении беременности и родов?*

Литература

Основная:

Акушерство: Учебник/Г.М.Савельева, В.И.Кулаков, А.Н.Стрижаков и др.; Под ред. Г.М.Савельевой. – 2009 – С. 243-267.

Тема 19. Родовой травматизм матери плода.

Цель занятия: Изучить повреждения в родах различных тканей родовых путей и матки. Клинику, диагностику и технику операций при зашивании разрывов промежности, влагалища, шейки матки и тактику ведения при угрозе разрыва матки, неотложная помощь. Научить студентов диагностике, лечению и профилактике различных видов травматизма плода.

Содержание занятия: Разрыв матки: классификация. Клиника угрожающего, начавшегося, свершившегося разрыва матки, акушерская тактика. Разрывы шейки матки, промежности, степени повреждения, лечение. Расхождение и разрыв лонного сочленения. Диагностика, лечение. Гипоксия плода: причины, диагностика гипоксии плода, методы исследования состояния внутриутробного плода. Асфиксия новорожденного, степени тяжести, лечение. Родовая травма.

Исходные знания студентов: Анатомическое строение наружных половых органов. влагалища, шейки и тела матки. Кровоснабжение половых органов.

Практические навыки: студенты должны уметь поставить диагноз разрыва матки, овладеть техникой осмотра родовых путей, владеть методами восстановления разрывов промежности влагалища и шейки матки. Знать причины внутриутробной асфиксии, уметь поставить диагноз, наметить необходимые мероприятия по профилактике и лечению родового травматизма плода и новорожденного.

ПЛАН ЗАНЯТИЯ

Опрос студентов с применением программированного контроля.

Вместе с преподавателем студенты производят осмотр родовых путей после родов, участвуют в наложении швов на разрывы шейки матки, влагалища и промежности, знакомятся с установками по восстановлению целостности промежности при разрывах 3 степени.

При разборе истории родов, закончившихся разрывом матки, заостряется внимание на вопросах патогенеза, клиники и лечения разрывов матки, на возможных операциях при различных стадиях разрыва.

В отделении патологии беременных проводят осмотр беременных с рубцом на матке, ставят диагноз полноценного или неполноценного рубца, намечают план ведения беременности и родов, изучают симптомы разрыва матки по рубцу.

Перерыв

В родильном отделении под руководством преподавателя проводят аускультацию, оценивают состояние внутриутробного плода, намечают мероприятия по профилактике и лечению асфиксии новорожденного.

В отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных после перенесенной асфиксии и внутричерепной травмы и обучают ведению травмированных новорожденных.

Решение акушерских задач для контроля усвоения темы занятия.

НАГЛЯДНЫЕ ПОСОБИЯ

Инструменты: влагалищные зеркала, пулевые щипцы, корнцанги, иглы, иглодержатели, шовный материал, аппарат искусственного дыхания.

Рисунки:

Разрывы промежности 1, 2, 3 степени.

Правильное и неправильное наложение швов при восстановлении целостности промежности.

Разрывы шейки матки 1, 2, 3 степени и техника наложения швов при разрывах шейки матки.

Техника перинеотомии и эпизиотомии.

Высокое, косое стояние контракционного кольца.

Разрывы матки полные и неполные.

Локализация разрывов матки.

Рентгенограммы при расхождении и разрыве лонного сочленения.

Техника интубации новорожденных.

Вопросы:

1. Каковы признаки угрожающего разрыва промежности?
2. Что необходимо сделать при угрожающем разрыве промежности?
3. Какие ткани повреждаются при III степени разрыва промежности?
4. Назовите последовательность наложения швов при ушивании разрыва промежности III степени?
5. Чем может быть обусловлено нарушение эластичности тканей шейки матки?
6. К чему сводится лечение разрывов шейки матки?
7. Каковы причины образования мочеполовых и кишечных свищей?
8. Каковы признаки угрозы образования акушерских свищей?
9. Какова профилактика мочеполовых свищей?
10. Что следует понимать под выворотом матки?
11. Каковы симптомы расхождения лонных костей?
12. Какое лечение назначается при расхождении и разрыве лонных костей?
13. Какие факторы являются предрасполагающими к разрыву матки?
14. Какими факторами может быть обусловлена анатомофункциональная неполноценность стенки матки?
15. Какие симптомы угрожающего разрыва матки?
16. Какие различают разрывы матки по их локализации?
17. Какие сведения в анамнезе могут указывать на неполноценность рубца на матке?
18. Какова тактика врача при угрожающем или начавшемся разрыве матки?
19. В чем заключается профилактика разрыва матки?
20. Каковы клинические признаки совершившегося полного разрыва матки?
21. Что делать при свершившемся разрыве матки?

Задачи:

1. При хорошей родовой деятельности, длящейся 16 часов у повторнородящей, головка плода остается прижатой ко входу в малый таз. Воды отошли 8 часов назад. Матка вне схватки, болезненная. Напряжена. Открытие зева почти полное, отек передней губы шейки матки. Не мочится. Появились кровянистые выделения из влагалища. Контракционное кольцо на уровне пупка. Круглые связки напряжены. Сердцебиение плода 100 ударов в 1 мин.

Диагноз? План ведения?

2. После длительных безуспешных родов в домашних условиях роженица доставлена в родильный дом в состоянии шока. При обследовании установлено: при пальпации части плода определяются чрезвычайно ясно, сердцебиение плода отсутствует. Рядом с плодом пальпируется плотное тело, верхний полюс которого стоит на уровне пупка. Из влагалища кровяные выделения в умеренном количестве.

Диагноз? Что делать?

3. Беременная поступила в родильный дом с доношенной беременностью и жалобами на тошноту и рвоту, боли в эпигастральной области и внизу живота. 2 года назад было кесарево сечение по поводу слабости родовой деятельности. Состояние средней тяжести, пульс 100 уд/мин, А/Д -110/65 мм рт. ст. Рубец на передней стенке живота интимно спаян с подлежащими тканями и маткой, болезненный. Родовой деятельности нет, матка не напряжена, контуры ее четкие, болезненность в области рубца. Головка плода над входом в малый таз. Сердцебиение 156 уд/мин. Шейка матки сохранена, зев закрыт. Выделений из половых путей нет.

Диагноз? План ведения?

Литература

Основная:

Акушерство: Учебник/Г.М.Савельева, В.И.Кулаков, А.Н.Стрижаков и др.; Под ред. Г.М.Савельевой.– 2009 – С. 463-485.

Тема 20 . Кесарево сечение и плодоразрушающие операции.

Цель занятия: изучить показания, условия и технику кесарева сечения, плодоразрушающих операций.

Содержание занятия: Разновидности операции, показания к операции абсолютные и относительные, условия, обезболивание, моменты операции, осложнения. Плодоразрушающие операции - разновидности, показания, условия, моменты операций, знакомство с инструментами, осложнения. Место плодоразрушающих операций в современном акушерстве.

Исходные знания студентов: анатомия органов малого таза, строение матки, техника нижнесрединной лапаротомии.

Практические навыки: Студенты должны изучить показания, условия и технику производства операции кесарева сечения, овладеть плодоразрушающими операциями на фантоме.

ПЛАН ЗАНЯТИЯ

Опрос студентов с применением программированного контроля.

Занятия в учебной комнате. Изучение показаний условий и техники производства операции краниотомии и декапитации. Разбор историй родов закончившихся плодоразрушающими операциями.

Перерыв.

Изучение показаний условий и техники производства операции кесарева сечения. Поэтапный разбор истории родов, закончившихся производством операции кесарева сечения. Разбор беременных которым предполагается родоразрешение путем операции кесарева сечения.

Операционная: Демонстрации операции кесарева сечения.

Решение акушерских задач для контроля усвоения темы занятий.

НАГЛЯДНЫЕ ПОСОБИЯ

Инструменты:

Влагалищные зеркала
Пулевые щипцы.
Перфоратор Бло.
Кюретка больших размеров.
Краниокласт Брауна.
Ножницы Зибольта.

Рисунки:

Перфорация головки.
Эксселебрация.
Краниоклазия.
Декапитация.
Классическое кесарево сечение.
Кесарево сечение в нижнем сегменте матки.

Вопросы:

1. Что такое кесарево сечение?
2. Какие существуют разновидности кесарева сечения?
3. Что такое абдоминальное кесарево сечение?
4. Какие имеются виды абдоминального кесарева сечения?
5. Какие различают показания к операции кесарева сечения?
6. Что такое абсолютные показания к операции кесарева сечения?
7. Когда должна выполняться операция кесарева сечения при наличии абсолютных показаний?
8. Какие ситуации относятся к абсолютным показаниям?
9. Что такое относительные показания к операции кесарева сечения?
10. Какие клинические ситуации являются относительными показаниями к операции кесарева сечения?
11. Какие клинические ситуации следует считать противопоказанием для выполнения брюшностеночного трансперитонеального кесарева сечения?
12. Какие условия необходимы для выполнения операции кесарева сечения?
13. В чем заключается предоперационная подготовка при плановом кесаревом сечении?
14. Какова подготовка больной при экстренном кесаревом сечении?
15. Каковы особенности обезболивания при операции кесарева сечения?
16. Какие виды разреза на передней брюшной стенке вы знаете?
17. Каковы особенности техники классического кесарева сечения?
18. Каковы недостатки метода классического кесарева сечения?
19. Применяется ли метод корпорального кесарева сечения в настоящее время?
20. Какой метод кесарева сечения считается общепризнанным в настоящее время?
21. В чем преимущества этого метода?
22. Как вскрывается матка?
23. Что делается после вскрытия полости матки?
24. Как производится извлечение плода?
25. Как проводится профилактика кровотечения во время операции?
26. Как зашивается рана на матке?
27. Какие методы ушивания раны на матке вы знаете?
28. Какова тактика ведения больных в первые сутки после операции кесарева сечения?
29. Какие осложнения после операции могут быть в раннем послеоперационном периоде?
30. Что такое влагалищное кесарево сечение?
31. В каких случаях выполняется влагалищное кесарево сечение?
32. Что такое экстраперитонеальное кесарево сечение?
33. Каковы противопоказания к экстраперитонеальному кесареву сечению?

Задачи:

1. Доношенная беременность, поперечное положение плода, рубец на матке после ранее перенесенного кесарева сечения. *Что делать?*
2. Роды первые, в срок, продолжаются 16 часов. Таз 26-27-30-17 см. Диагональная конъюгата 10 см. Преждевременное излитие вод. Открытие зева полное. Головка малым сегментом во входе в малый таз. Сердцебиение плода не выслушивается. Выделения гнойные с запахом. Температура 38,5 С. *Диагноз? План ведения?*
3. Роды вторые в срок, длятся 17 часов. Первые роды закончились рождением мертвого плода. Преждевременное излитие вод. Таз 24-26-29-17 см. Сердцебиение плода не выслушивается. Судорожные схватки. Матка в промежутках между схватками не расслабляется. Контракционное кольцо выше пупка. Резкая болезненность нижнего сегмента матки. Открытие зева полное. Головка малым сегментом во входе в таз. Признак Вастена положительный.

Диагноз? План ведения? Какая ошибка при ведении беременности и родов?

Литература

Основная:

Акушерство: Учебник/Г.М.Савельева, В.И.Кулаков, А.Н.Стрижаков и др.; Под ред. Г.М.Савельевой. – 2009 – С. 516-530, 546-553.

Тема 21. Акушерские щипцы и вакуум-экстракция плода.

Цель занятия: изучить устройство разных моделей акушерских щипцов и аппарата для вакуум-экстракции плода, показания и противопоказания к операциям, методы обезболивания, необходимые условия для проведения операций, возможные осложнения, научить студентов на фантоме технике наложения выходных и полостных акушерских щипцов и операции вакуум-экстракции плода.

Содержание занятия: Акушерские щипцы, показания, противопоказания, условия и техника их наложения. Операция наложения акушерских щипцов при переднем виде затылочного предлежания: разновидности операции, этапы операции, возможные осложнения. Применение вакуум-экстрактора с целью извлечения плода. Показания условия, техника операции.

Исходные знания студентов: костный таз, биомеханизм родов при переднем виде затылочного предлежания.

Практические навыки: Студенты должны знать показания, условия и уметь наложить акушерские щипцы: выходные при переднем виде затылочного предлежания, а так же произвести вакуум-экстракцию плода.

ПЛАН ЗАНЯТИЯ

Опрос студентов с помощью программированного контроля.

Занятия в учебной комнате. Повторение биомеханизма родов при переднем и заднем виде затылочного предлежания. Показания, условия к операции наложения щипцов. Техника наложения акушерских выходных щипцов при переднем и заднем виде затылочного предлежания.

Перерыв:

Техника наложения полостных акушерских щипцов при первой и второй позиции переднего вида.

Вакуум-экстракция плода. Показания, условия, техника.

Решение акушерских задач для контроля усвоения темы занятия.

НАГЛЯДНЫЕ ПОСОБИЯ

Фантом, таз, кукла. Акушерские щипцы Сомпсона-Феноменова. Вакуум-аппарат.

Вопросы:

1. Из чего состоят акушерские щипцы?
2. Устройство акушерских щипцов и модели, чаще используемые в современном акушерстве.
3. Назовите основные типы акушерских щипцов?
4. Что такое тазовая и плодовая кривизна на щипцах.
5. Показания для наложения щипцов со стороны матери?
6. Показания для наложения щипцов со стороны плода.

7. Противопоказания для наложения щипцов.
8. Условия для наложения акушерских щипцов?
9. Техника наложения выходных или типичных акушерских щипцов.
10. Назовите первое тройное правило при наложении щипцов.
11. Назовите второе тройное правило при наложении щипцов.
12. Назовите третье тройное правило при наложении щипцов.
13. Что такое пробная тракция.
14. Какие осложнения возможны при наложении щипцов?
15. Направление и характер тракций.
16. Какое обезболивание применяется при наложении акушерских щипцов?
17. Что такое вакуум-экстракция плода?
18. Какие показания для применения вакуум-экстрактора в современном акушерстве.
19. Условия для выполнения вакуум-экстракции плода.
20. Какова техника операции?
21. Какие осложнения возможны при вакуум-экстракции плода?

Задачи:

Припадок эклампсии. Полное раскрытие шейки матки. Головка в полости малого таза.

Что делать?

Роженице 28 лет. Роды - 2. Размеры таза: 24-27-30-19. Сердцебиение плода глухое, 90 уд/мин. Открытие полное, плодного пузыря нет. Головка в плоскости выхода таза. Стреловидный шов в прямом размере. Малый родничок спереди.

Диагноз? Что делать?

Первородящая, первобеременная 24 лет поступила через 16 часов после начала родовой деятельности. Воды излились за 2 часа до поступления. Беременность доношенная. Размеры таза: 25-28-31-20 см. Положение плода продольное, I позиция. Головка плода в полости малого таза. Сердцебиение плода слева ниже пупка, 160 ударов в 1 минуту, аритмичное. Влагалищное исследование: раскрытие маточного зева полное, плодный пузырь отсутствует. Головка плода в полости малого таза. Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева спереди ниже большого.

Диагноз? Что делать?

38-летняя роженица доставлена машиной скорой помощи. Беременность 4-я, роды 3-и. Предыдущая беременность сопровождалась отеками и повышением АД до 150/100 мм.рт.ст. В анамнезе гипертоническая болезнь - лечилась самостоятельно. Женскую консультацию за беременность посетила 2 раза. Прибавка веса за беременность - 20 кг. Родовая деятельность 4 часа.

Воды излились в машине скорой помощи - светлые. За 30 минут до поступления в стационар появилась головная боль, отмечает ухудшение самочувствия, расстройство зрения. Отеки ног и передней брюшной стенки. АД - 180/100 мм рт. ст. Ps - 92 уд/мин. При кипячении мочи - осадок занимает половину объема пробирки. Влагалищное исследование: раскрытие маточного зева полное. Плодный пузырь отсутствует. Головка плода в полости малого таза. Стреловидный шов в левом косом размере, ближе к прямому размеру, малый родничок справа под лоном. Седалищные ости не прощупывают. Две трети крестцовой впадины и вся задняя поверхность симфиза заняты головкой.

Диагноз? Что делать?

Литература

Основная:

Акушерство: Учебник/Г.М.Савельева, В.И.Кулаков, А.Н.Стрижаков и др.; Под ред. Г.М.Савельевой. – 2009 – С. 531-546.

Тема 22. Послеродовые заболевания.

Цель занятия: Изучение различных форм послеродовых септических заболеваний, этиологии, клиники, диагностики и методов лечения.

Содержание занятия: Частота, этиология, патогенез послеродовых заболеваний. Связь послеродовых септических заболеваний матери и новорожденного. Роль микро- и макроорганизма. Классификация послеродовых заболеваний. Основные клинические формы заболеваний: послеродовые язвы, эндомиометрит, понятие о лохиометре, тромбоз вен таза, бедра и голени. Перитонит. Генерализованная септическая инфекция, септический шок. Клиника, диагностика, профилактика и лечение послеродовых заболеваний в современных условиях. Воспаление молочных желез (мастит). Патологический лактоз. Гипогалактия. Этиология, клиника, диагностика, лечение и профилактика заболеваний молочных желез.

Исходные знания студентов: Организация работы акушерского стационара, характер изменения в организме роженицы в течение физиологического послеродового периода, клиника и ведение послеродового периода. Антибактериальные средства.

Практические навыки: студенты должны уметь диагностировать и проводить правильную терапию, освоить мероприятия предупреждающие послеродовые заболевания.

ПЛАН ЗАНЯТИЯ

Опрос студентов с применением программированного контроля.

Занятия во II акушерском отделении. У постели больных студенты знакомятся с различными послеродовыми заболеваниями. Ставят диагноз. Назначают лечение.

Перерыв.

Занятия во II акушерском отделении. Разбор историй родов, осложненных различными видами послеродовых заболеваний. Поэтапная постановка диагноза и назначение лечения, разбор продолжительности послеродового отпуска при осложненном послеродовом периоде.

Решение акушерских задач для контроля усвоения темы занятий.

НАГЛЯДНЫЕ ПОСОБИЯ

Послеродовый параметрит.

Послеродовой пиосальпинкс.

Послеродовый тазовый перитонит.

Тромбоз бедренной вены.

Вскрытие абсцесса молочной железы.

Таблицы:

Вопросы:

1. Какие микроорганизмы являются чаще всего возбудителями послеродовых септических заболеваний?
2. Причины послеродовых септических заболеваний.
3. Какие пути распространения послеродовой септической инфекции Вам известны?
4. Сколько этапов в развитии инфекции в послеродовом периоде Вы знаете?
5. Классификация послеродовых септических заболеваний по Сазонову-Бартельсу.
6. Что такое послеродовая язва?
7. Что такое эндометрит?
8. Что такое параметрит?
9. Что такое сальпингоофорит?
10. Какая клиническая картина метротромбофлебита?
11. Классификация перитонита по клиническому течению, распространению и характеру экссудата.
12. Какая клиническая картина разлитого перитонита в послеродовом периоде?
13. Что такое септический эндотоксический шок?
14. Что такое сепсис без метастазов?
15. Что такое сепсис с метастазами?
16. Что такое серозный мастит?
17. Что такое инфильтративный мастит?
18. Что такое гнойный мастит?
19. Что включают в себя консервативные методы лечения послеродовых септических заболеваний?
22. Какие принципы антибактериальной терапии при послеродовых септических заболеваниях?
23. Принципы профилактики послеродовых септических заболеваний.
24. Этиологические факторы послеродовых инфекционных заболеваний и их особенности.
25. Физиологические противинфекционные барьеры женского полового тракта.
26. Особенности гуморального и клеточного иммунитета у беременных и родильниц.
27. Особенности родового тракта у родильниц, способствующие возникновению послеродовых инфекционных заболеваний.
28. Факторы, возникающие во время беременности и способствующие развитию послеродовых инфекционных заболеваний.
29. Факторы, возникающие в родах и способствующие развитию послеродовых инфекционных заболеваний.

30. Факторы послеродового периода, способствующие развитию послеродовых инфекционных заболеваний.
31. Классификация послеродовых инфекционных заболеваний.
32. Клиническая картина послеродового эндометрита.
33. Диагностика послеродового пельвиоперитонита.
34. Основные принципы лечения послеродовых инфекционных заболеваний.
35. Профилактика послеродовых инфекционных заболеваний.

Задачи.

1. Родильница 24 лет, 4 день после родов. К концу 3 суток после родов повысилась температура тела до 37,3 °С, появилось общее недомогание, головная боль, жжение в области промежности и влагалища. Дно матки на 3 поперечных пальца ниже пупка, матка плотная безболезненная. Швы на раневой поверхности промежности покрыты гнойным налетом, окружающие ткани гиперемированы, отечны, болезненны при пальпации. *Диагноз. Лечение.*

2. Родильница 25 лет на 7 сутки после родов жалуется на общую слабость, озноб, боль внизу живота и в левой паховой области. Отмечено повышение температуры тела до 39 °С. Роды осложнились преждевременным излитием околоплодных вод (безводный промежуток 20 час). Послеродовый период осложнился кровотечением, ручным отделением последа. Шейка матки и промежность целые. Общее состояние стало прогрессивно ухудшаться с 4 суток после родов. Пульс 96 уд. в 1 мин. Живот вздут, участвует в акте дыхания, верхние области при пальпации безболезненны. Дно матки на 3 поперечных пальца ниже пупка. Дизурические расстройства отсутствуют. Шейка матки сформирована, отверстие проходимо для 1 пальца, своды свободны. Матка недостаточно сокращена, округлой формы, болезненная при пальпации. От левого угла матки отходит опухолеподобный конгломерат неправильной формы, ограниченно подвижный, величиной с куриное яйцо, очень болезненный при пальпации. Выделения бурого цвета с неприятным гнилостным запахом. *Диагноз. Лечение.*

3. Роженица на 2 сутки после экстренного кесарева сечения предъявляет жалобы на сильную боль сначала внизу, а затем по всему животу, тошноту, рвоту, задержку газов и стула. Кожа бледная с сероватым оттенком, черты лица заостренные, выражение лица страдальческое, губы и язык сухие. Температура тела 38,5 °С, пульс

120 ударов в 1 мин. Живот вздут болезнен при пальпации, имеется напряжение мышц передней брюшной стенки, симптом Щеткина-Блюмберга положительный. При перкуссии определяется экссудат в нижних и боковых отделах живота. Перистальтика кишок резко ослаблена. Уровень лейкоцитов - $17,5 \cdot 10^9$, СОЭ - 39 мм час. *Диагноз. Тактика ведения. Принципы терапии.*

Задача 1

Роды первые, срочные. Дородовое излитие вод. Продолжительность родов 10 часов 30 минут. Безводный промежуток 12 часов 30 минут. С III триместра отмечено снижение гемоглобина до 95 г/л.

На 4-е сутки после родов поднялась температура до 38-39°C, появились тахикардия, озноб. Пульс 96 уд/мин, ритмичный. АД 105/70 мм рт. ст. Кожные покровы бледно-розовой окраски. Молочные железы мягкие, соски чистые, отток хороший. Тело матки на 2 см ниже пупка, мягкой консистенции, болезненное при пальпации. Лохии - мутные с запахом.

Диагноз? Что делать?

Задача № 2

Во время обхода на 4-е сутки после первых срочных родов крупным плодом родильница предъявляет жалобы на боль и жжение в области вульвы. Температура 36,9°C, АД 115/70 мм рт. ст. При осмотре в нижней трети правой боковой стенки влагалища обнаружена раневая поверхность до 2-х см, покрытая грязно-серым налетом, с трудом снимающимся с подлежащей ткани. Рана легко кровоточит, ткани вокруг нее - отечные и гиперемизированные.

Диагноз? Что делать?

Контрольные вопросы:

1. Чем обусловлено возрастание частоты гнойно-септических заболеваний?
2. Что называют септическим шоком? Какие факторы, кроме наличия инфекции, необходимы для возникновения шока?
3. Что способствует развитию септического шока, когда очагом инфекции является послеродовая матка?
4. Первичные расстройства при септическом шоке.
5. Фазы септического шока и их клинические проявления.
6. Наиболее тяжелые осложнения септического шока.
7. Меры, необходимые для наиболее ранней диагностики септического шока.
8. Принципы неотложной помощи при шоке.
9. Чем обусловлена повышенная заболеваемость маститами.
10. Наиболее распространенная классификация маститов.

11. Основные местные и общие проявления мастита.
 12. Дополнительные методы диагностики маститов.
 13. Основные принципы терапии маститов.
 14. Профилактика маститов.
 15. Чем обусловлено развитие перитонитов в послеродовом периоде?
 16. Каковы особенности акушерского перитонита?
 17. Фазы перитонита.
 18. Причины развития перитонита после кесарева сечения?
- Диагностика.
19. Каковы основные принципы лечения перитонита?

Задача № 1.

5-е сутки после операции кесарева сечения. Состояние средней тяжести. Температура тела 38°C. Пульс 100 уд./мин. Умеренный парез кишечника. Болезненность над лоном. При УЗИ определяется свободная жидкость в брюшной полости, в области швов на матке - «ниша».

Диагноз? Тактика врача.

Задача № 2.

12-е сутки послеродового периода. У роженицы внезапно повысилась температура до 38,5°, озноб, головная боль, появились боли в молочной железе. При осмотре - умеренное нагрубление, уплотнение и болезненность в глубине молочной железы.

Диагноз? Тактика врача.

Основная:

Акушерство: Учебник/Г.М.Савельева, В.И.Кулаков, А.Н.Стрижаков и др.; Под ред. Г.М.Савельевой. – 2009 – С. 559-575.

Модуль «Гинекология»

Тема 1. Организация работы гинекологического стационара. Методы обследования гинекологических больных.

Цель занятия: Знакомство с организацией и работой гинекологического стационара, оснащением его структурных подразделений. Изучение методов обязательного исследования гинекологических больных в условиях стационара

Содержание занятия: Значение общего обследования для диагностики гинекологических заболеваний. Анамнез. Методы объективного обследования гинекологических больных. Исследования функции яичников: цитология влагалищного мазка, КПИ, симптом зрачка, арборизация шейной слизи, базальная температура. Динамика гонадотропных и стероидных гормонов. Дополнительные методы исследования: биопсия, диагностическое выскабливание, аспирационная биопсия, гистероскопия, пункция брюшной полости через задний свод, лапаро- кульдоскопия. Чревосечение. Рентгенологические методы исследования. УЗИ. Артерио- и лимфография, флебография. Постановка диагноза. Разработка плана обследования и лечения.

Практические навыки: Студенты должны усвоить организацию работы гинекологического стационара в целом и отдельно каждого из его структурных подразделений. Уметь самостоятельно собрать анамнез у поступающих в стационар гинекологических больных, знать основные методы исследования. Показания и противопоказания к их применению. Провести осмотр в зеркалах, двуручное влагалищное исследование, двуручное ректальное и ректовагинальное исследование, выполнить взятие мазков на ГН, степень частоты, кольпоцитологии.

ПЛАН ЗАНЯТИЯ

Преподаватель знакомится по списку со студентами группы. Рассказывает о порядке работы во время цикла: расписание занятий, сообщает о необходимых практических навыках, которые должны быть получены и учтены каждым студентом, а затем в виде сводных данных старостой представлены преподавателю. Сообщается список необходимой литературы.

Ознакомление студентов с порядком работы в гинекологическом отделении, необходимости соблюдения правил асептики и антисептики.

Обход гинекологического отделения При обходе гинекологических отделений преподаватель знакомит студентов с оборудованием отделений, режимом работы, санитарно-эпидемическим режимом, с правилами приема больных, с документацией приемного отделения. Обращается внимание на работу перевязочной (манипуляционной), большой и малой операционных, клинико-диагностических лабораторий. Указывается на необходимость связи работы гинекологического стационара и женской консультации.

Перерыв

Работа в учебной комнате. Разбор со студентами методики общего обследования. Анамнез. Методы объективного обследования гинекологических больных. Исследования функции яичников: цитология влагалищного мазка, КПИ, симптом зрачка, арборизация шейной слизи, базальная температура. Динамика гонадотропных и стероидных гормонов. Дополнительные методы исследования: биопсия, диагностическое выскабливание, аспирационная биопсия, гистероскопия, пункция брюшной полости через задний свод, лапаро- кульдоскопия. Чревосечение. Рентгенологические методы исследования. Ознакомление студентов с УЗИ. Артерио- и лимфография, флебография. Постановка диагноза. Разработка плана обследования и лечения.

Работа в палате. Студент получает для курации одну больную, самостоятельно собирает анамнез и производит общее обследование больной, совместно с преподавателем производит гинекологическое обследование, фиксирует его результаты.

НАГЛЯДНЫЕ ПОСОБИЯ

Вопросы:

1. Структура гинекологического отделения.
2. Организация работы приемного отделения.
3. Работа операционного блока.
4. Работа послеоперационных палат (палат реанимации).
5. Показания и порядок госпитализации в гинекологическое отделение.
6. Организация работы малой операционной.
7. Каков порядок стерилизации инструментария, перчаток, шовного, операционного и перевязочного материала.
8. Перечислите основные показатели работы стационара (работа койки, оборот койки, средняя длительность пребывания больного в стационаре, хирургическая активность, процент послеоперационных осложнений и др.).
9. С чего необходимо начинать исследование гинекологической больной?
10. Какие общие сведения имеют важное значение для выяснения причин гинекологических заболеваний?
11. Назовите наиболее характерные жалобы гинекологических больных.
12. На какие вопросы следует обратить особое внимание при сборе анамнеза?
13. Дайте характеристику менструальной функции?
14. Что следует выяснить при уточнении половой функции?
15. На что следует обратить внимание при выяснении характера и исхода предшествующих беременностей и родов?
16. Какие специальные методы объективного обследования применяются при исследовании гинекологической больной?
17. Техника наружного гинекологического исследования.
18. Перечислите способы внутреннего гинекологического исследования.
19. Что можно обнаружить при исследовании влагалища одноручным способом?
20. Данные изучения состояния влагалища с помощью зеркал и при двуручном исследовании.
21. Какие органы исследуются двуручным способом?
22. По каким параметрам следует оценивать состояние матки.
23. Какая информация может быть получена при пальпации маточных труб, яичников, околоматочной клетчатки?
24. Что удается исследовать ректальным (ректовагинальным) способом у гинекологической больной?
25. Назовите виды гинекологических зеркал, применяемых на практике. В чем их достоинства и недостатки?
26. Перечислите основные инструменты, необходимые для проведения зондирования матки, диагностического выскабливания слизистой матки. Какие правила необходимо соблюдать при этой операции?
27. Что такое кольпоскопия? Различия.
28. Что такое биопсия? Цитологический метод исследования? Назовите инструментарий. Необходимый для проведения биопсии, цитологического исследования. Техника биопсии шейки матки, взятия материала для цитологического исследования.
29. С какой целью применяется пункция брюшной полости через задний свод влагалища? Какой инструмент необходим для этой манипуляции?

30. Какие виды анальгезии применяются при гинекологических манипуляциях?
31. Что такое гистеро-сальпингография? Назовите рентгено-контрастные вещества, применяемые при ГСГ.
32. Какие методы могут быть использованы для определения проходимости маточных труб? Техника этих методов и оценка проходимости маточных труб.
33. Перечислите тесты функциональной диагностики, определяющие гормональную активность яичников.
34. Когда феномен “папоротника” или кристаллизация слизи считается положительным и что он отражает?
35. Когда феномен “зрочка” или кристаллизация слизи считается положительным и что он отражает?
36. Что такое кольпоскопическое исследование? Откуда берется материал для исследования? Как рассчитывается КПИ? ЭИ?
37. Какие методы существуют для определения эстрогенов и прогестерона в крови? В моче?
38. Как правильно графически зарегистрировать базальную температуру?
39. Откуда берется материал для определения степени чистоты влагалища? Сколько степеней чистоты принято выделять?
40. Из каких отделов мочеполовой системы производится забор материала на гонококк? Техника взятия мазка. Как следует производить окраску мазка для обнаружения возбудителя?
41. Охарактеризуйте эндоскопические методы исследования гинекологической больной (лапароскопия, гистероскопия, кульдоскопия). С какой целью применяются эти методы исследования? Их положительные и отрицательные моменты?
42. Что такое контрастная лимфография?
43. Что такое УЗИ. Какие параметры определяют при данном методе?
44. Показания для диагностического чревосечения.

Задачи:

1. Больная И., 23 года, поступила в гинекологическое отделение по направлению женской консультации с диагнозом: беременность 8 нед., на искусственное прерывание беременности. Мазок: из цервикального канала лейкоциты 30-40 в поле зрения, расположены кучками; уретра - лейкоциты 20-40 в поле зрения, кокковая флора обильная; реакция Вассермана от 17.10.91 – отрицательная; ВИЧ от 17.10.91 – отрицательная. Диагноз? Тактика врача?
2. Беременная Д., 16 лет поступила в гинекологическое отделение по направлению женской консультации с диагнозом: Беременность 18 недель на прерывание беременности по медицинским показаниям. При объективном обследовании Т 37,5°C, в легких хрипы. Предварительный диагноз? Тактика врача?
3. Больная Д., 52 лет поступила в отделение оперативной гинекологии по направлению женской консультации с диагнозом: быстро растущая миома матки (величина до 17 недель беременности). Из анамнеза: неделю назад перенесла ОРВИ с подъемом Т до 38°C. Тактика врача?
4. Больная У., 32 лет, поступила в гинекологическое отделение по направлению женской консультации для проведения гистеросальпингографии. Диагноз: бесплодие I, хронический двухсторонний сальпингоофорит. При осмотре наружных половых органов обнаружены единичные гнойнички на больших половых губах и на лобке. Предварительный диагноз? Тактика врача?
5. Больная С., 40 лет, поступила в гинекологическое отделение по направлению женской консультации с диагнозом: полип цервикального канала. При осмотре шейки матки в зеркалах обнаружено: полип цервикального канала размерами 0,8x0,5 см, выделения из

цервикального канала обильные зеленого цвета с неприятным запахом. Слизистая влагалища гиперемирована. Предварительный диагноз? Тактика врача?

6. Больная 3., 26 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на боли внизу живота, повышение температуры тела до 37,2-37,5, бели желтого цвета с неприятным запахом. Неделю назад произведен медицинский аборт при сроке беременности 6-7 недель. Какие обязательные методы исследования следует провести для уточнения диагноза?

7. Больная 56 лет, обратилась к врачу с жалобами на появление мажущих кровянистых выделений из половых путей, небольшие ноющие боли внизу живота, Менопауза 7 лет. Страдает сахарным диабетом последние 10 лет.

Какие обязательные и дополнительные методы исследования следует провести у данной больной для уточнения диагноза?

8. При профосмотре у молодой женщины обнаружено увеличение матки до 5-6 недель беременности. Какие анамнестические данные, данные общего и специального исследования помогут в уточнении диагноза.

Литература

Основная:

Гинекология: Учебник для мед. вузов под ред. Г.М. Савельевой. – М: Геотар-Медиа, 2009 – С. 1-24.

Тема 2. Воспалительные заболевания женских половых органов.

Цель занятия: Изучить патогенез, симптомопатологию, методы диагностики и принципы лечения наиболее распространенных форм воспаления женских половых органов.

Содержание занятия: Этиология и патогенез воспалительных заболеваний женских половых органов. Клинические проявления заболевания в зависимости от этиологического фактора, морфологических изменений, локализаций, стадии воспалительного процесса. Методы обследования больных с воспалительными заболеваниями гениталий, лабораторная диагностика. Принципы лечения больных. Установление критерия излеченности. Пути профилактики воспалительных заболеваний женских половых органов.

Практические навыки: В результате изучения данной темы студент должен уметь: провести осмотр в зеркалах; влагалищное исследование; взятие мазков; составить план обследования и лечения больных с различными нозологическими формами воспаления гениталий.

ПЛАН ЗАНЯТИЯ

Опрос студентов с применением программированного контроля.

Клинический разбор больных с острым и подострым воспалением женских половых органов (эндомиометрит, эндоцервицит, сальпингоофорит, пельвиоперитонит). В смотровом кабинете анализируется анамнез, проводится общее обследование, оценивается общее состояние больной (температурная реакция, пульс, язык, исследование живота и т.д.). Во время гинекологического исследования необходимо последовательно обратить внимание студентов: а) на признаки воспаления (или их отсутствие) при осмотре наружных половых органов; оценить состояние наружного отверстия мочеиспускательного канала, парауретральных желез и выводных протоков бартолиновых желез; б) на состояние слизистой влагалища и шейки матки, наружного отверстия шейного канала, на характер и количество выделений; в) при двуручном влагалищно-брюшностеночном исследовании на состояние стенок влагалища, на форму и консистенцию шейки матки, наружный маточный зев, на болезненность при смещении шейки матки. Далее определяются положение матки и придатков, их величина, подвижность, поверхность, консистенция, болезненность, отношение друг к другу и к окружающим органам и тканям, одностороннее или двустороннее поражение. Фиксируются состояние влагалищных сводов, их глубина, смещаемость слизистой влагалища, состояние крестцово-маточных связок и параметральной клетчатки. Оценивается характер выделений на пальцах исследующего.

Поставив предварительный диагноз, студенты вместе с преподавателем намечают план обследования с учетом проведения дифференциального диагноза курируемой больной. Следует отметить, что при остром воспалении придатков матки дифференциальный диагноз проводится с экстрагенитальными заболеваниями (в первую очередь с острым аппендицитом, перитонитом, затем с непроходимостью кишечника, с прободной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки) и с гинекологическими заболеваниями: внематочной беременностью, перекрутом ножки опухоли яичника, пельвиоперитонитом, параметритом. Проводится аналитический разбор имеющихся лабораторных исследований (анализ крови и мочи, бактериоскопическое исследование выделений и др.). Необходимо подчеркнуть, что у каждой больной с воспалительными заболеваниями при поступлении, независимо от тяжести ее состояния, до мочеиспускания берутся мазки на флору и чувствительность к антибиотикам.

При формулировке окончательного диагноза следует указать клиническую стадию воспалительного процесса (острое, подострое, хроническое воспаление). Необходимо подчеркнуть, что при остром воспалении этиологическим моментом заболевания является инфекционное начало (на фоне предрасполагающих факторов), а при обострении хронического процесса в настоящее время большое значение придается сенсibilизации организма и изменением реактивности организма.

Намечается план лечения больной в зависимости от локализации и клинической стадии воспалительного процесса. Принципы лечения воспалительных заболеваний гениталий складываются из общих воздействий на организм, воздействий на инфекционное начало, десенсибилизации, симптоматического лечения, физиотерапевтического и хирургического лечения. Необходимо четко определить, что при острой стадии воспалительного процесса комплексное лечение складывается из антибактериального, дезинтоксикационного, десенсибилизирующего, общеукрепляющего и симптоматического. При этом необходимо уделить особое внимание вопросам неотложной помощи при воспалительных заболеваниях гениталий. Следует особенно подчеркнуть, что наблюдение за больной в течение нескольких часов дает возможность дифференцировать пельвиоперитонит и перитонит, при одновременном проведении интенсивного лечения, что может являться и подготовкой к операции. Приводится контроль за общим состоянием, состоянием пульса, ощущением сухости во рту, уровня напряжения мышц передней брюшной стенки, за динамикой лейкоцитоза. Создается возвышенное положение головного конца кровати. Назначаются лед на низ живота, инфузионная терапия. Категорически запрещается применение обезболивающих средств во время наблюдения за состоянием больной - это может затруднить диагностику перитонита. Ухудшение состояния больной, несмотря на проводимую терапию, указывает на наличие перитонита или произошедший разрыв пиосальпинкса. В этом случае лечение должно быть оперативным с обязательным дренированием брюшной полости (производится задняя кольпотомия и дренирование через контрапертуры в передней брюшной стенке). Нужно остановиться на признаках гнойного расплавления тканей при параметрите, на симптомах угрожающего и уже совершившегося прорыва гноя в кишечник и мочевого пузыря. План лечения больных в подострой и хронической стадии процесса такой же, что и в острой стадии. На фоне антибактериальной терапии при подостром воспалении назначают физиотерапевтические процедуры. В хронической стадии основа лечения - это десенсибилизирующая и физиотерапия, в том числе санаторно-курортное лечение. Необходимо указать на нецелесообразность антибактериальной терапии в этой стадии.

Следует обратить внимание студентов на методы лечения tuboовариальных воспалительных образований: физиотерапевтические процедуры назначаются с осторожностью, чаще ставится вопрос о хирургическом лечении. Подчеркивается, что показанием для хирургического лечения являются рецидивирующие пиосальпинксы, гнойные образования, не поддающиеся консервативной терапии.

Перерыв

При совместном осмотре больной (или соответствующей истории болезни) преподаватель обращает внимание на моменты анамнеза, которые указывают на наличие гонорейной инфекции: случайные половые связи, частые обострения заболевания в связи с менструациями, родами, абортами. Обращается внимание на острое начало, яркую выраженность острого воспаления (вплоть до явлений пельвиоперитонита) и относительно удовлетворительное состояние больной, на быстрое купирование воспалительного процесса при проведении лечения. При гинекологическом исследовании преподаватель обращает внимание на состояние выводящих протоков парауретральных и больших вестибулярных желез (гонорейные пятна), обращает внимание на первичные

очаги поражения (уретра и шейный канал). Поскольку для выявления этиологического фактора воспаления используется бактериологическое исследование отделяемого из уретры, канала шейки матки и влагалища, целесообразно продемонстрировать заранее приготовленные мазки, при этом обращается внимание студентов на частое сочетание в мазках гонококков и трихомонад. Уточняется понятие гонореи нижнего и верхнего (восходящая или осложненная) отделов мочеполового тракта.

При постановке диагноза следует разобрать вопросы классификации гонореи: свежая (острая, подострая, торпидная), хроническая, латентная. Дифференциальный диагноз проводится с теми же заболеваниями, что и при септических воспалительных процессах.

Обсуждается лечение больной острой гонореей; особое внимание обращается на то, что стрептомицин применять не следует, поскольку при этом гонококки быстро видоизменяются, превращаясь в Л-формы, что затрудняет диагностику заболевания. При хронической гонорее с лечебной целью используется гоновакцина, физиопроцедуры. Проговаривается определение критерия излеченности гонореи, методы провокации, сроки учета в венерологическом диспансере, осложнения и последствия женской гонореи. Обращается внимание на то, что все больные с воспалительными заболеваниями подлежат обследованию на гонорейную инфекцию.

Демонстрируется больная (или история болезни) трихомониазом; подчеркивается, что это венерическое заболевание. Наиболее эффективно комбинированное (общее и местное) лечение обоих партнеров. При наличии гонореи и трихомониаза обязательно сочетанное лечение обоих заболеваний.

Подведение итогов занятия. Задание на дом.

НАГЛЯДНЫЕ ПОСОБИЯ

Таблицы (4 степени чистоты влагалищного содержимого, схема гонорейного поражения мочеполового тракта, туберкулезное поражение гениталий; спаечный пельвиоперитонит, пиосальпинкс); муляжи (туберкулезное поражение гениталий, пиосальпинкс, tuboовариальное воспалительное образование); микропрепараты (гонококк, трихомонада); рентгенограммы (проходимые и непроходимые маточные трубы, туберкулезное поражение гениталий, трубы при половом инфантилизме); фотографии картин воспаления при лапароскопии.

Вопросы:

1. Перечислите пути распространения септической инфекции при воспалительных процессах гениталий.
2. Назовите факторы, способствующие распространению инфекции в женских половых органах по протяжению (каналикулярно).
3. Перечислите причины, вызывающие воспалительные заболевания женских половых органов
4. Какие возбудители вызывают воспалительные септические заболевания гениталий?
5. Перечислите нозологические формы септических воспалительных заболеваний внутренних половых органов.
6. Перечислите осложнения при септических воспалительных процессах внутренних гениталий
7. Назовите жалобы при остром эндометрите (эндомиометрите).
8. Укажите данные гинекологического исследования больной с эндомиометритом.
9. Перечислите симптомы (жалобы и данные гинекологического исследования) острого сальпингита.
10. Назовите общие симптомы хронического воспаления внутренних гениталий.

11. Перечислите общие симптомы острого воспаления внутренних гениталий.
12. Какие симптомы указывают на хронический сальпингит (жалобы, гинекологическое исследование).
13. Какие патологические изменения наблюдаются при эндометрите?
14. Какие патологоанатомические изменения отмечаются при остром сальпингите?
15. Какие патологоанатомические изменения наблюдаются при гидросальпинксе?
16. По каким признакам отмечают гидросальпинкс?
17. Какие патологоанатомические изменения характерны для пиосальпинкса?
16. По каким клиническим признакам (жалобы, данные гинекологического исследования) констатируют острый пиосальпинкс?
19. По каким клиническим признакам (жалобы, гинекологический статус) думают о хроническом пиосальпинксе?
20. Дайте понятие трубно-яичникового воспалительного образования.
21. Что такое пиовар?
22. Какие патологоанатомические изменения наблюдаются при трубно-яичниковом воспалительном образовании?
23. Назовите клинические признаки (жалобы, гинекологический статус) трубно-яичникового воспалительного образования.
24. Дайте определение пельвиоперитонита.
25. Что способствует распространению инфекции на тазовую брюшину?
26. Какие пути распространения инфекции способствуют возникновению пельвиоперитонита?
27. Каковы особенности клинической картины (жалобы, исследования живота, гениталий) септического пельвиоперитонита?
28. Каковы данные осмотра живота при остром септическом пельвиоперитоните?
29. Перечислите данные гинекологического исследования при остром септическом пельвиоперитоните.
30. Что понимают под параметритом?
31. Какие патологоанатомические изменения наблюдаются при параметрите?
32. Перечислите стадии развития параметрита.
33. Каковы данные двуручного исследования при параметрите?
34. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать острое воспаление внутренних гениталий?
35. Перечислите дополнительные исследования, рекомендуемые при септических воспалительных процессах внутренних гениталий.
36. Какие дополнительные исследования рекомендуются при пельвиоперитоните?
37. Какие дополнительные исследования рекомендуются при параметрите?
38. Какие дополнительные исследования целесообразны при остром сальпингоофоре?
39. Какие дополнительные исследования целесообразно провести при подозрении у больной пиосальпинкса?
40. Какие дополнительные исследования нужно использовать для подтверждения диагноза - tuboовариальное воспалительное образование?
41. Какие методы лечения применяют при септических воспалительных процессах внутренних гениталий (независимо от стадии процесса)?
42. Назовите принципы лечения больных с острым пельвиоперитонитом.
43. Перечислите физиотерапевтические процедуры, применяемые для лечения хронического воспалительного процесса гениталий.
44. Перечислите физиотерапевтические процедуры, применяемые в подострой стадии воспалительного процесса
45. Перечислите противопоказания к физиотерапевтическому лечению
46. Какие виды лечебных мероприятий рекомендуются при остром эндометрите?

47. Назовите виды лечебных мероприятий при остром сальпингите (сальпингоофорите).
48. Какое лечение рекомендуется при хроническом сальпингите (сальпингоофорите)?
49. Какое лечение рекомендуется при пиосальпинксе?
50. Укажите принцип лечения tuboовариальных воспалительных образований
51. Перечислите виды лечебных мероприятий, рекомендуемых при остром параметрите.
52. При каких ситуациях рекомендуется хирургическое лечение параметрита?
53. Какие осложнения возможны при пиосальпинксе?
54. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз при подозрении на tuboовариальное воспалительное образование?
55. Дайте характеристику гонококка.
56. Какие различаются клинические формы гонореи?
57. Что считают хронической формой гонореи?
58. Какую форму гонореи называют латентной?
59. Какие стадии заболевания различают при свежей гонореи?
60. Дайте понятие подострой стадии свежей гонореи.
61. Дайте понятие торпидной стадии свежей гонореи.
62. Какие органы чаще поражаются при гонорее нижнего отдела мочеполовой системы?
63. Какие органы чаще поражаются при гонорее верхнего отдела гениталий?
64. Назовите факторы, способствующие распространению гонорейной инфекции в вышележащие органы.
65. Укажите пути заражения гонореей взрослой женщины.
66. Укажите пути распространения инфекции при гонорее.
67. Перечислите клинические формы гонореи при поражении нижнего отдела мочеполового аппарата.
68. Перечислите клинические формы заболевания при восходящей гонорее.
69. Что является границей между нижним и верхним отделами мочеполового аппарата (при заболевании гонореей)?
70. Какие общие патоморфологические и патофизиологические изменения отмечаются при гонорее?
71. Перечислите патоморфологические и патофизиологические изменения, наблюдаемые при остром гонорейном уретрите.
72. Какие патоморфологические и патофизиологические особенности отмечают при гонорейном пельвиоперитоните?
73. Положите данные обследования при остром гонорейном уретрите (жалобы, осмотр, пальпация).
74. Перечислите данные осмотра при остром гонорейном бартолините.
75. Укажите клинические проявления гонорейной инфекции (независимо от очага поражения).
76. Укажите клинические проявления гонорейного острого сальпингита (сальпингоофорита).
77. В чем особенности клинического проявления пельвиоперитонита гонорейной этиологии?
78. С какими заболеваниями следует дифференцировать гонорейное воспаление гениталий?
79. С какими заболеваниями следует дифференцировать гонорейный сальпингоофорит?
80. С какими заболеваниями следует дифференцировать гонорейный пельвиоперитонит?
81. Перечислите дополнительные исследования, применяемые при подозрении на гонорею.
82. Какие дополнительные исследования целесообразно провести при подозрении свежей формы гонореи?
83. Перечислите дополнительные исследования, применяемые для уточнения гонорейного происхождения острого эндоцервицита.
84. Какие дополнительные исследования целесообразны при хроническом бартопините для уточнения гонорейной этиологии заболевания?

85. Какие дополнительные исследования можно использовать для уточнения диагноза восходящей гонореи?
86. Перечислите дополнительные исследования, которые используются для подтверждения гонорейной этиологии хронического воспалительного процесса.
87. Перечислите методы провокации гонореи.
88. В какие сроки берут мазки после провокации гонореи?
89. Какова микроскопическая картина мазка, подозрительного на гонорею?
90. У больной К.. 39 лет. наблюдаются явления острого сальпингоофорита. видимо гонорейной этиологии. Какие дополнительные исследования помогут подтвердить диагноз?
91. У больной И. 35 лет. отмечаются явления острого пельвиоперитонита. Какие дополнительные исследования помогут подтвердить (или исключить) гонорейную этиологию заболевания?
92. Назовите основные принципы лечения гонореи.
93. В чем состоит комплекс лечебных мероприятий, применяемых при острой „восходящей гонорее“?
94. В чем заключается лечение острого эндоцервицита гонорейной этиологии?
95. В чем заключается лечение хронического эндоцервицита гонорейной этиологии?
96. В каких случаях считают гонорею излеченной?
97. Какими методами определяют излеченность гонореи?
98. Какие группы антибактериальных препаратов рекомендуются при гонорее?
99. Какой антибиотик чаще вызывает образование устойчивых форм гонококков?
100. Перечислите особенности гонореи у девочек.
101. Каковы особенности клинического течения воспаления внутренних гениталий гонорейной этиологии?
102. Укажите пути заражения трихомонадами.
103. Перечислите факторы, способствующие возникновению трихомониаза.
104. Назовите формы трихомониаза по клиническому течению процесса.
105. Перечислите клинические формы трихомониаза по локализации процесса.
106. На что жалуются больные трихомониазом?
107. Укажите данные осмотра при остром трихомонадном кольпите.
108. С какими заболеваниями следует дифференцировать трихомониаз?
109. Какие дополнительные исследования применяют при подозрении на трихомониаз?
110. Перечислите методы лечения, используемые при трихомониазе.
111. Какие специфические препараты применяют для общего лечения трихомониаза?
112. Какие специфические препараты используют для местного лечения трихомониаза?
113. Перечислите разновидности клинического течения туберкулеза гениталий.
114. Какова наиболее частая локализация туберкулеза гениталий?
115. В каких отделах гениталий туберкулезная инфекция локализуется сравнительно редко?
116. Перечислите морфологические формы туберкулезного поражения маточных труб.
117. Какие морфологические поражения встречаются при туберкулезе тела матки?
118. Перечислите морфологические формы поражения при туберкулезе шейки матки.
119. Какие общие и клинические проявления отмечаются при туберкулезе гениталий?
120. Какие жалобы предъявляют больные туберкулезом гениталий?
121. Перечислите результаты осмотра гениталий при туберкулезе маточных труб.
122. Перечислите особенности клинического течения воспаления гениталий туберкулезной этиологии.
123. Перечислите признаки туберкулезного поражения шейки матки.
124. Каковы особенности течения сальпингита туберкулезной этиологии?
125. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз при туберкулезе матки?

126. Перечислите дополнительные методы исследования больных, подозрительных на туберкулез гениталий.
127. Какой материал подвергается бактериологическому исследованию при подозрении на туберкулез гениталий?
128. Какой материал подвергается гистологическому исследованию при подозрении на туберкулез гениталий?
129. Перечислите принципы лечения туберкулеза гениталий.
130. Назовите виды консервативной терапии при туберкулезе гениталий.
131. Перечислите антибактериальные препараты, применяемые для лечения туберкулеза гениталий.
132. Каковы показания к хирургическому лечению туберкулеза гениталий?

Задачи:

1. Больной Н. 32 года. В анамнезе - бесплодие, двусторонний аднексит с частыми обострениями. При поступлении отмечаются высокая температура, озноб, боли в нижнем отделе живота. Живот вздут, напряжен во всех отделах, болезненный, с выраженным симптомом Щеткина-Блюмберга. Язык суховат. Пульс 120 уд в 1 мин. При влагалищном исследовании смещение шейки резко болезненно, придатки и матку определить не удается из-за болезненности. Кровяные выделения из половых путей. Каковы диагноз и план ведения?

2. Больной И. 42 года. Жалобы на постоянные боли внизу живота и пояснице. В течение ряда лет страдает воспалительным процессом придатков матки с частыми обострениями. Неоднократно проводила комплексную терапию амбулаторно и в стационаре, дважды проводила лечение грязями на курортах. При осмотре обнаружено: придатки утолщены до 4 см в поперечнике, неподвижны, уплотнены, безболезненны.

Поставьте диагноз. Составьте план ведения.

3. Больной Ж. 40 лет. В анамнезе - двусторонний аднексит с частыми обострениями. При поступлении в больницу температура 37,8 °C, пульс 100 уд в 1 мин. При пальпации болезненность внизу живота, симптом Щеткина-Блюмберга выражен слабо. В придатках слева и справа образование 8х10 см, неподвижное, плотноэластическое с неровной поверхностью, малоболезненное.

Каков Ваш диагноз? Составьте план ведения.

4. Больной У. 27 лет. Заболела остро на третий день менструации. Высокая температура, озноб, боли внизу живота. При поступлении состояние относительно удовлетворительное. Пульс 120 уд. в 1 мин. Язык влажный. Живот напряжен в нижнем отделе, болезненный, симптом Щеткина-Блюмберга положительный. Выделения из шейного канала слизисто-гнойные, смещение шейки болезненное. Тело матки и придатки четко не контурируются из-за резкой болезненности, своды глубокие, число лейкоцитов 10.000.

Каковы диагноз и план ведения?

5. Больной Н. 30 лет. Заболела остро: была высокая температура, резкие боли внизу живота, но через два дня (принимала норсульфазол) температура снизилась, стала нормальной. Продолжают беспокоить боли. При осмотре живот мягкий, в нижних отделах болезненный. В области придатков с обеих сторон тугоэластические образования, болезненные, пальпируемые и через задний свод.

Поставьте диагноз. Составьте план ведения на данном этапе и в последующем.

6. Больной Ш. 30 лет. Отмечается нарушение менструального цикла по типу гипогонадизма (гипоменструального синдрома). Беспокоят ноющие боли внизу живота и пояснице в течение многих лет, бесплодие (в браке 6 лет). При осмотре обнаружено: больная пониженного питания, бледна, матка небольшая, придатки утолщены, в спайках, чувствительны. Выделения слизистые. Каковы диагноз и план лечения?

7. Больной С. 34 года. Отмечаются жалобы на сильные боли внизу живота, пояснице, озноб, высокая температура, частые позывы на акт дефекации, выделения слизи из прямой кишки. Две недели назад произведен криминальный аборт в домашних условиях. При осмотре отмечено: живот мягкий, болезненный, в нижних отделах симптомов раздражения брюшины нет. Матка смещена кпереди и вправо. Придатки определить не удается. Задний и левый своды уплощены, инфильтрированы, стенка влагалища неподвижна а заднем своде определяется очаг размягчения. Пальпация резко болезненна

Поставьте диагноз. Составьте план ведения.

Литература

Основная:

Гинекология: Учебник для мед. вузов под ред. Г.М. Савельевой. – М: Геотар-Медиа, 2009 С.108-169.

Тема 3. Нарушения менструальной функции. Дисфункциональные маточные кровотечения.

Цель занятия: Изучить этиопатогенез, клинические проявления и принципы лечения дисфункциональных маточных кровотечений в разные возрастные периоды;

Содержание занятия: Классификация расстройств менструальной функции. Дисфункциональные маточные кровотечения в ювенильном, детородном и перименопаузальном периодах. Уровни нарушения менструальной функции. Патогенез. Клиническая картина. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения в зависимости от возраста, сопутствующей патологии, гистологической картины.

Практические навыки:

ПЛАН ЗАНЯТИЯ

Письменный контроль знаний студентов.

Методом фронтального опроса повторяется схема регуляции менструального цикла, при этом обращается внимание на принцип прямой и обратной связи в регуляции цикла; с помощью меноциклограммы и микропрепаратов разбираются тесты функционального состояния яичников:

1. характер ректальной температуры;
2. феномен “зрчка”;
3. симптом арборизации;
4. цитологическое исследование влагалищного мазка.
5. кариопикнотический индекс;
6. гистологическое исследование соскобов эндометрия;
7. содержание гормонов в моче и крови;
8. гистероскопические картины.

Еще раз уточняется классификация расстройств менструального цикла.

Клинический разбор дисфункциональных маточных кровотечений в юношеском, репродуктивном и перименопаузальном возрастах.

Студенты докладывают анамнез курируемой пациентки в юношеском возрасте, демонстрируют особенности ее общего обследования (телосложение, выраженность вторичных половых признаков). Следует обратить внимание студентов на то, что при всех дисфункциональных маточных кровотечениях отмечается нарушение гормональных взаимоотношений, которые проявляются в абсолютной гиперэстрогении (при персистенции фолликула) или в относительной гиперэстрогении (при атрофии незрелых фолликулов). Действие прогестерона чаще всего отсутствует (при ановуляции) либо недостаточно (при слабом развитии желтого тела). Ювенильные кровотечения чаще всего наблюдаются на фоне атретических фолликулов, кровотечения в перименопаузальном возрасте - на фоне персистирующих фолликулов. При совместном гинекологическом исследовании обращается внимание на отсутствие каких-либо анатомических изменений в гениталиях, которые могли бы быть причиной кровотечений из половых путей.

В отсутствие больной студенты ставят предварительный диагноз, определяют заболевания, с которыми следует дифференцировать функциональные маточные кровотечения (злокачественные заболевания матки и влагалища, гормонопродуцирующая опухоль яичника, дисгерминама, туберкулез гениталий) и намечают план обследования. Последнее должно обязательно включать определение тестов функциональной диагностики. Затем намечается план лечения. Следует подчеркнуть, что на первом этапе необходимо остановить кровотечение, на втором этапе после определения формы нарушения функции яичников назначается коррелирующая терапия. С целью остановки ювенильного кровотечения рекомендуется на фоне симптоматической и гемостатической терапии проводить гормональный гемостаз с помощью эстроген-гестагенных препаратов. При

отсутствии эффекта от проводимой терапии в качестве последней меры прибегают к гистероскопии, к раздельному выскабливанию слизистой матки. Второй этап лечения в юношеском возрасте предусматривает установление менструального цикла с помощью циклической гормонотерапии.

При разборе лечения больных с дисфункциональными маточными кровотечениями в репродуктивном и перименопаузальном возрастах подчеркивается, что остановка кровотечения у них осуществляется путем гистероскопии, раздельного выскабливания слизистой матки: это одновременно является и диагностической процедурой. Дифференциальный диагноз следует проводить с прерванной беременностью (маточной или внематочной), с плацентарным полипом, пузырным заносом и хорионкарциномой, с воспалительными заболеваниями яичников и матки, миомой матки (особенно подслизистое расположение узла), аденомиозом, раком шейки матки и эндометрия.

Если диагностическое выскабливание производилось недавно (не более 2 мес назад), с целью остановки кровотечения применяют также гемостаз с помощью эстроген-гестагенных препаратов, синтетических прогестинов. Эстрогенный гемостаз вызывает новую быструю пролиферацию эндометрия, блокаду продукции ФСГ, подъем уровня гормонов, в результате чего кровотечение останавливается. Гестагены способны вызывать десквамацию и полное отторжение эндометрия, поэтому их применение для гемостаза называют “медикаментозным кюретажем”.

На втором этапе лечения в репродуктивном возрасте назначается терапия, направленная на восстановление менструального цикла. В перименопаузальном периоде лечение должно быть направлено на подавление функции яичников, с этой целью назначают синтетические прогестины (норколут, норэтистерона ацетат). 17-ОПК.

Перерыв

Демонстрация и обсуждение пациенток с различными видами нарушений цикла.

Решение клинических задач (в том числе и чтение меноциклограммы) по нарушению менструальной функции.

Подведение итогов занятия. Задание на дом.

НАГЛЯДНЫЕ ПОСОБИЯ

Схемы нейрогуморальной регуляции менструального цикла и тестов функциональной диагностики, меноциклограммы, схемы циклической гормонотерапии, гормональные препараты, препараты соскобов эндометрия, гистероскопические фотографии.

Вопросы:

1. Какие кровотечения относятся к функциональным маточным кровотечениям?
2. В какие периоды жизни женщины возможны дисфункциональные маточные кровотечения?
3. Какие дисфункциональные маточные кровотечения (ДМК) различают в зависимости от фазности процессов в яичнике?
4. Чем характеризуется меноррагия?
5. Чем характеризуется метроррагия?
6. Какие функционально-морфологические изменения в яичнике сопровождают ановуляторные ДМК?
7. При каких функционально-морфологических изменениях в яичнике возможны овуляторные ДМК?
8. Назовите самые частые клинические проявления ановуляторного “менструального” цикла.
9. Чем проявляется ДМК при длительной персистенции фолликула?
10. Чем клинически проявляется ДМК в следствии атрезии незрелых фолликулов?
11. Какие процессы происходят в эндометрии при персистенции фолликулов?
12. Какие изменения происходят в эндометрии при атрезии незрелых фолликулов?

13. Каковы причины кровотечения при персистенции фолликула?
14. В чем причина кровотечения при атрезии незрелых фолликулов?
15. Какие дополнительные методы исследования применяются при функциональных маточных кровотечениях?
16. Какие дополнительные исследования Вы рекомендуете, подозревая у больной ДМК вследствие персистенции фолликула?
17. Какими дополнительными исследованиями можно выяснить, что причиной ДМК у больной является атрезия незрелых фолликулов?
18. Какое обследование Вы рекомендуете, подозревая у больной ановуляторный "менструальный" цикл?
19. По каким результатам дополнительного обследования следует думать о наличии у больной ановуляторного "менструального" цикла?
20. Какие результаты дополнительного обследования подтверждают кратковременную ритмическую персистенцию фолликула?
21. По каким результатам дополнительных исследований можно думать о наличии у больной длительной персистенции фолликула?
22. Каковы результаты дополнительных исследований при атрезии незрелых фолликулов?
23. Каков характер температурной кривой при функциональных маточных кровотечениях?
24. Чем объясняется гиперплазия эндометрия при атрезии незрелых фолликулов?
25. Чем объясняется возникновение гиперплазии эндометрия при персистенции фолликула?
26. С какими заболеваниями следует дифференцировать ДМК?
27. С какими экстрагенитальными заболеваниями следует дифференцировать ДМК?
28. Из каких этапов состоит лечение ДМК в ювенильном периоде?
29. Из каких этапов состоит лечение ДМК в детородном возрасте?
30. Из каких этапов состоит лечение ДМК в климактерическом периоде?
31. Перечислите методы остановки ДМК в ювенильном периоде.
32. Назовите методы остановки ДМК в детородном возрасте.
33. Перечислите методы остановки ДМК в климактерическом периоде.
34. На чем основано применение эстрогенов с целью гемостаза?
35. Объясните механизм гемостатического эффекта при назначении прогестерона.
36. Объясните механизм гемостаза при применении синтетических прогестинов.
37. В чем заключается циклическая гормонотерапия в ювенильном периоде.
38. Каково влияние циклической гормонотерапии, проводимой при ДМК?
39. В каком возрастном периоде целесообразна циклическая гормонотерапия?
40. В чем заключается лечебная тактика после остановки ДМК в детородном периоде?
41. Перечислите виды лечения, направленного на регулирование менструального цикла в детородном периоде.
42. Каков основной принцип ведения больных с ДМК в климактерическом периоде после остановки кровотечения?
43. Какие лечебные мероприятия используют для исключения функции яичников в климактерическом периоде?
44. Опишите схему эстрогенного гемостаза.
45. Опишите схему применения синтетических прогестинов с гемостатической целью.
46. Опишите схему применения прогестерона с целью гемостаза.
47. Укажите основные причины аномалий менструальной функции.
48. Перечислите варианты нарушений менструального цикла.
49. Какого характера могут быть поражения органов, регулирующих менструальный цикл?

50. Что называется аменореей?
51. Дайте определение первичной аменореи.
52. Дайте определение вторичной аменореи.
53. Дайте определение ложной аменореи.
54. Чем характеризуется истинная аменорея?
55. Перечислите клинические формы аменореи, связанные с органическими поражениями гипоталамо-гипофизарной области.
56. Укажите симптомы послеродового гипопитуитаризма (синдрома Шихена).
57. Перечислите дополнительные методы обследования больной при подозрении на гипоталамо-гипофизарную форму аменореи.
58. Назовите принципы лечения гипоталамо-гипофизарной аменореи.
59. Какое лечение рекомендуется при послеродовом гипопитуитаризме (синдром Шихена)?
60. Перечислите органические поражения яичников (клинические формы заболеваний), приводящие к аменорее.
61. Перечислите симптомы гипоестрогенизма, возникшего в детородном возрасте.
62. Перечислите симптомы гипоестрогенизма, возникшего в период полового созревания.
63. Какие симптомы (признаки) позволяют заподозрить у больной дискинезию гонад?
64. Какие симптомы (признаки) указывают на поражение яичников в детстве?
65. Перечислите симптомы синдрома склерокистозных яичников.
66. Какие дополнительные методы целесообразны при подозрении на синдром склерокистозных яичников?
67. Перечислите дополнительные методы исследования при подозрении на яичниковую форму аменореи.
68. Какие результаты дополнительного обследования свидетельствуют о преимущественном поражении яичников в системе регуляции менструального цикла (независимо от клинической формы заболевания)?
69. Какие результаты дополнительного обследования подвсещают диагноз синдрома склерокистозных яичников⁷
70. Каковы результаты исследований функционального состояния яичников при их гипофункции⁷
71. Перечислите виды лечения яичниковой формы аменореи при функциональном поражении яичников.
72. Перечислите виды лечения яичниковой формы аменореи при органическом (но не опухолевом) поражении яичников.
73. чем заключается терапия синдрома склерокистозных яичников?
74. В чем заключается циклическая гормональная терапия?
75. Какие органические поражения матки приводят к гипоменструальному синдрому (или аменорее)?
76. Перечислите клинические проявления атрезии шейного канала.

77. Перечислите клинические проявления гипоменструального синдрома при поражениях матки.
78. Применение каких дополнительных методов целесообразно при подозрении на маточную форму аменореи?
79. Какие дополнительные методы исследования следует провести при подозрении на аменорею вследствие атрезии шейечного канала?
80. Перечислите этапы лечения аменореи при атрезии шейечного канала.
81. Каковы результаты дополнительных методов исследования при поражении системы регуляции менструального цикла на уровне матки?
82. Перечислите виды лечения маточной формы аменореи.
83. В чем заключается лечение аменореи при туберкулезе эндометрия?

Задачи:

1. Больной К 16 лет. Менструации с 15 лет, нерегулярные, с большими перерывами. Последние менструации 4 мес назад. При поступлении бледна, из половых путей значительные кровяные выделения. Каковы Ваш диагноз и план лечения?
2. Больной К. 16 лет. Страдает ювенильными маточными кровотечениями. В момент курации кровяных выделений нет. Каков план обследования и лечения больной?
3. Больной Ю. 20 лет с ожирением, слабым развитием молочных желез, менструаций не было. Назначьте план обследования.
4. Больная К., 40 лет, обратилась с жалобой на то, что после 6 недельного отсутствия менструации началось обильное кровотечение, продолжающееся более 2-х недель. Нв 100 г/л эритроциты $2,9 \times 10^{12}$ л. Менструальный цикл не нарушен, не обследована. Предположительный диагноз, план лечения и обследования.
5. Больная Г., 15 лет. Жалобы на обильные кровянистые выделения, слабость, головокружение. Менструации с 12 лет, половую жизнь не ведет. Заболела после 2-х месячного отсутствия менструации, появились умеренные кровянистые выделения, затем интенсивность нарастала. Объективно: Состояние средней тяжести, АД-95/50 мм рт. ст., пульс 100 уд. в 1 мин. Кожные покровы бледные. Молочные железы не развиты. Ректальное исследование: тело матки меньше нормальной величины, безболезненное, подвижное, соотношение между шейкой и телом 1:1. Предположительный диагноз. План лечения.
6. Больная Н., 24 года, обратилась в женскую консультацию в связи с отсутствием менструаций в течении 6 месяцев, а так же появление отделяемого из соков молочных желез. Больную беспокоит нарушение сна, частая смена настроения. Начало заболевания связывает с психической травмой. Менструации с 14 лет через 28 дней по 4 дня умеренные. Половая жизнь с 22 лет вне брака, беременностей не было. Объективно: правильного телосложения, оволосение по женскому типу, вторичные половые признаки хорошо выражены. Гинекологический статус: наружные половые органы сформированы правильно. Осмотр в зеркалах: шейка матки конической формы, чистая, выделения слизистые, светлые, скудные. При влагалищном исследовании тело матки нормальной величины, плотное, подвижное, безболезненное. Придатки с обеих сторон не пальпируются, своды свободны. Предварительный диагноз. Какие дополнительные методы исследования потребуются для его подтверждения? Составить план ведения и лечения данной больной.

7. Обратилась в женскую консультацию больная М., 26 лет, с жалобами на отсутствие менструации в течение 7 месяцев, головные боли, нарушение сна, повышенную раздражительность.

Менструации с 13 лет через 30 дней, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 22 лет в браке. Беременностей- 4, родов- 1, абортов- 2, выкидышей -1, без осложнений. Гинекологические заболевания отрицает.

Объективно: среднего роста, избыточного питания с преимущественным отложением жира в области лица (лицо лунообразное), шеи, верхней половины туловища и живота, конечности непропорционально худые. На коже живота, молочных желез, внутренней поверхности бедер-стрий, отмечается рост волос на лице, туловище, конечностях. АД 170/100 мм. рт. ст.

Гинекологический статус: наружные половые органы сформированы правильно, имеется гиперпигментация наружных половых органов, внутренней поверхности бедер, на лобке рост волос скудный.

Литература

Основная:

Гинекология: Учебник для мед. вузов под ред. Г.М. Савельевой. – М: Геотар-Медиа, 2009 – С. 40-83.

Тема 4. Острый живот в гинекологии.

Симптомокомплекс, развивающийся в результате острой патологии в брюшной полости и проявляющемся болевым синдромом, перитонеальными симптомами и выраженными изменениями в состоянии больной. Своевременная диагностика и лечение «острого живота» приводит к сохранению репродуктивной функции в 85-90% случаев.

Цель занятия: изучить патологические состояния, объединенные общим понятием «острый живот» в гинекологии, причины, клинику, методы диагностики, дифференциальные признаки этих нозологий, тактику врача.

Исходные знания: знание анатомии и физиологии женской репродуктивной системы, методов обследования в гинекологии, хирургической патологии.

Практические навыки: знать симптомы все нозологических форм, уметь обследовать пациенток при подозрении на «острый живот», владеть методами диагностики и лечения этих патологических состояний

СОДЕРЖАНИЕ ЗАНЯТИЯ:

Тестовый контроль уровня знаний студентов. Проводится опрос по основным вопросам темы. План занятия:

- научить студентов использовать полученные знания для объяснения причин возникновения «острого живота»;
- показать на клинических примерах (разбор больных, истории болезни) особенности клинического течения «острого живота» в зависимости от причин его возникновения;
- научить проводить дифференциальную диагностику причин острого живота, исходящих из гениталий (внематочная беременность, перекрут ножки опухоли яичника или трубы, разрыв капсулы опухоли придатков матки, апоплексия яичника, восходящая инфекция) с причинами экстрагенитального характера (аппендицит, перфоративные язвы желудка и кишечника, холецистит, острая кишечная непроходимость, абдоминальная форма крупозной пневмонии или инфаркта миокарда);
- обучить основным этапам организации и оказания экстренной помощи больным с диагнозом «острый живот»;

ВОПРОСЫ:

1. Основные заболевания, вызывающие «острый живот» в гинекологии.
2. Какая беременность называется эктопической?
3. Перечислите основные причины эктопической беременности.
4. Перечислите причины эктопической беременности, связанные с нарушением прохождения плодного яйца в матку.
5. Перечислите овологенные причины внематочной беременности.
6. Возможные локализации эктопической беременности.
7. Наиболее частая локализация трубной беременности.
8. В каких отделах маточной трубы может развиваться беременность?
9. Каковы исходы трубной беременности?
10. Наиболее типичная локализация скопления крови при трубном аборте.
11. Перечислите симптомы трубного аборта.
12. Какой симптом является ведущим при разрыве трубы?
13. Особенности анамнеза у больных с трубной беременностью.
14. Методы диагностики трубного аборта.
15. Каков вероятный исход беременности в ампулярном отделе трубы?

16. Исход развития беременности в истмическом и интерстициальном отделах трубы.
17. Какие выделения из половых путей характерны при нарушении эктопической беременности?
18. Данные бимануального исследования при трубном аборте.
19. Данные бимануального исследования при разрыве трубы.
20. С какими заболеваниями надо дифференцировать трубный аборт?
21. С какими заболеваниями надо дифференцировать разрыв маточной трубы?
22. Какой признак позволяет исключить эктопическую беременность и поставить диагноз нарушенной внутриматочной беременности?
23. Тактика врача при установлении диагноза эктопической беременности.
24. Объем типичной операции при трубной беременности.
25. В чем заключается профилактика эктопической беременности?
26. С какими заболеваниями следует дифференцировать внематочную беременность?
27. Назовите провоцирующие моменты при апоплексии яичника.
28. Назовите формы апоплексии яичника.
29. Объем оперативного вмешательства при апоплексии яичника.
30. Перечислите возможные осложнения опухолей яичника.
31. Что входит в состав «анатомической ножки» яичниковой опухоли?
32. Что входит в состав «хирургической ножки» опухоли?
33. Объем операции при перекруте опухоли яичника.
34. Клиническая картина пельвиоперитонита.
35. С чем следует дифференцировать пельвиоперитонит?
36. Причины разлитого перитонита генитального происхождения.

ЗАДАЧИ:

Задача № 1.

К., 27 лет, поступила в оперативное отделение в состоянии средней тяжести, с жалобами на слабость, головокружение, схваткообразные боли внизу живота справа, мажущиеся кровянистые темного цвета выделения из влагалища. В анамнезе 1 роды и 2 медаборта. Три дня назад на фоне задержки менструации на 2 недели появились схваткообразные боли внизу живота справа, обморочное состояние и появились кровянистые выделения из влагалища мажущегося характера. Сегодня приступ боли повторился и появилась резкая общая слабость. При поступлении умеренная бледность кожных покровов, АД 95/60 мм рт. ст., пульс 92 уд./мин, ритмичный. Живот мягкий, болезненный при пальпации над лоном, где отмечается притупление перкуторного звука и слабо выраженный симптом Щетки-на—Блюмберга. При влагалищном исследовании: смещение шейки матки резко болезненно, задний свод нависает, пальпация его болезненна, матка увеличена до 5-6 недель беременности, размягчена, слегка болезненна при смещении, справа от матки пальпируется ретортообразное образование размерами 10х5х4 см, слегка болезненное при пальпации. Выделения темно-красные в небольшом количестве. ДИАГНОЗ? ЧТО ДЕЛАТЬ?

Задача №2.

И., 37 лет, поступила с жалобами на боли внизу живота, тошноту, рвоту, озноб. Газы отходят плохо. В анамнезе 2 родов, 4 медаборта. Последний осмотр гинекологом был около 2 лет назад. Болеет 4 дня, когда после физического напряжения появились интенсивные боли внизу живота слева, был жидкий стул и двукратная рвота. Доставлена в райбольницу с диагнозом гастроэнтероколит. Осмотрена гинекологом на 3 день и переведена в оперативное отделение. Объективно умеренная бледность кожных покровов, язык сухой, обложен беловатым налетом, температура 38,2 градуса, пульс 108 уд./мин. удовлетворительного качества. Живот незначительно вздут, мягкий, в нижних отделах выражены симптомы раздражения брюшины. Над лоном пальпируется плотная туго-эластичная опухоль,

верхний полюс которой на 4 п/п выше лона. При внутреннем исследовании матка небольших размеров, плотная, отклонена кзади, смещение ее болезненно. Слева и спереди от нее определяется округлое, резко болезненное, ограниченно подвижное образование размерами 12х14х10 см. Придатки матки справа не увеличены. Выделения светлые, слизистого характера. ДИАГНОЗ? ЧТО ДЕЛАТЬ? ОШИБКИ В ВЕДЕНИИ ДАННОГО СЛУЧАЯ?

Задача №3.

В оперативное отделение ОАГБ санавиацией из ЦРБ доставлена 3., 34 лет, в состоянии тяжелого шока. Около 7 часов назад был произведен криминальный аборт на сроке 12-13 недель. При опорожнении матки во влагалище была низведена петля нисходящей кишки с полным поперечным ее разрывом (аборт производила медсестра на дому). При поступлении в ОАГБ: состояние тяжелое, заторможена, кожные покровы бледные с сероватым оттенком, покрыты потом. Черты лица заострены. АД 80/40 мм рт. ст., пульс нитевидный, частый. Живот вздут, напряжен, резко болезнен, в отлогих местах притупление перкуторного звука. Из влагалища на 4-5 см выступает разорванная петля кишки. Выделения кровянистые в умеренном количестве.

Литература

Основная:

Гинекология: Учебник для мед. вузов под ред. Г.М. Савельевой. – М: Геотар-Медиа, 2009 – С. 317-343.

Тема 5. Детская гинекология.

Цель занятия: изучить анатомо-физиологические особенности развития репродуктивной системы девочек, методы обследования в детской гинекологии, причины, клинику, методы диагностики, дифференциальные признаки нарушения полового развития, нарушения менструальной функции, травмы половых органов у девочек, тактику врача при этих нозологиях.

Исходные знания: знание анатомии и физиологии женской репродуктивной системы, методов обследования в гинекологии.

Практические навыки: знать симптомы все нозологических форм, уметь обследовать пациенток, владеть методами диагностики и лечения этих патологических состояний

СОДЕРЖАНИЕ ЗАНЯТИЯ:

Анатомо-физиологические особенности репродуктивной системы в периоде детства. Становление репродуктивной функции. Методы обследования в гинекологии детского и подросткового возраста.

Перерыв.

Нарушения полового развития. Преждевременное половое развитие. Задержка полового развития. Нарушения менструальной функции детского возраста. Ювенильные кровотечения. Травмы половых органов у девочек. Контрацепция для подростков.

ВОПРОСЫ:

1. Организация гинекологической помощи девочкам и девушкам-подросткам.
2. Методы обследования в гинекологии детского и подросткового возраста.
3. Анатомо-физиологические особенности репродуктивной системы в периоде детства.
6. Становление репродуктивной функции.
7. Возникновение и регуляция менструальной функции.
8. Нарушения полового развития.
9. Преждевременное половое развитие.
10. Задержка полового развития.
11. Нарушения менструальной функции детского возраста. Ювенильные кровотечения.
16. Травмы половых органов у девочек.
17. Контрацепция для подростков.

Тема 6. Миома матки.

Цель занятия: Изучить типичные клинические признаки миом матки, диагностику и терапию, изучить клинику и диагностику осложнений заболевания, требующих неотложной помощи (профузное маточное кровотечение, рождение миоматозного узла, некроз узла)

Содержание занятия: Миома матки. Теория патогенеза. Клиника, диагностика осложнения. Лечение симптоматическое, гормональное, оперативное. Показания к оперативному лечению.

Практические навыки: Студенты должны знать клинику миом матки, уметь определить величину матки, провести пробу с пулевыми щипцами, произвести зондирование полости матки: освоить показания к оперативному лечению и неотложную помощь при осложнениях; уметь выписывать рецепты медикаментозных средств (кровоостанавливающие, спазмолитические, гормональные препараты).

ПЛАН ЗАНЯТИЯ

После письменного контроля знаний студентов кратко разбирается патоморфология миом (рост в виде узлов из мышечной ткани матки, строму опухоли составляют соединительнотканые прослойки; особенности кровоснабжения опухоли, особенности роста и расположения узлов: на тонкой ножке, на широком основании, интралигаментарное расположение).

Связь между функцией яичников и миомой матки: состоянием рецепторов стероидных гормонов: изменения в яичниках и эндометрии. Обращается внимание на возможность изменения топографии мочевого пузыря, мочеточников, прямой, сигмовидной и слепой кишок.

Микрокурация больных с различными формами миом матки.

Перерыв.

Клинический разбор курируемых больных. (Смотровая гинекологического отделения).

При анализе данных анамнеза, общего и гинекологического обследования необходимо обратить внимание на зависимость клинических проявлений миомы (кровотечения, анемия, боли, бели, нарушение функции соседних органов) от расположения узлов опухоли. Следует обсудить причины возникновения кровотечения при миомах (увеличение кровотокашей поверхности эндометрия, нарушение сократительной способности матки, гиперплазия эндометрия, гиперэстрогения, венозный застой в малом тазу). Особое внимание обращается на клинические проявления подслизистого расположения узла опухоли (кровотечение типа менометрорагии, вторичная анемия, схваткообразные боли внизу живота), клинику рождающегося подслизистого узла и связанные с этим осложнения (сдавление ножки узла сократившейся маткой, некроз узла, его инфицирование, профузное кровотечение). Одновременно следует кратко проговорить симптоматику шейечной миомы, демонстрируя рисунки, таблицы.

В учебной комнате разбираются методы диагностики миом матки:

характерные данные анамнеза (мено- или метроррагии, вторичная анемия, тянущие боли внизу живота, снижение трудоспособности, изменение функции тазовых органов, зондирование полости матки (длина полости, ее деформация), выскабливание слизистой матки (уточняется рельеф полости матки и наличие ее деформации, обнаруживается подслизистый узел опухоли), гистероскопия. Демонстрируются таблицы, макропрепараты, рентгенограммы. Подчеркивается значимость гистероскопии в диагностике подслизистой миомы матки.

На основании совместного осмотра курируемых больных (или разбора истории болезни) студенты учатся проводить дифференциальный диагноз между миомой матки и беременностью, миомой матки и опухолью яичника, миомой матки и tuboооариальным воспалительным образованием. При рождающемся узле подчеркивается необходимость проводить дифференциальный диагноз с раком шейки матки. Дополнительные методы исследования больных (для уточнения диагноза): проба с пулевыми щипцами, гистероскопия, лабораторная диагностика беременности, аускультация сердечных тонов плода, ультразвуковое исследование. Демонстрация рентгенограмм. Обращается внимание на осложнения миом, возможность злокачественного перерождения (быстрый рост).

Уточняются принципы врачебной тактики при миомах матки:

1. Динамическое наблюдение за ростом опухоли при небольших ее размерах и отсутствии клинических проявлений;

2. Консервативное лечение (симптоматическая терапия при небольших интерстициальных миомах, сопровождающихся гиперполименореей);

3. Оперативное лечение. Основные показания к хирургическому лечению:

неэффективность консервативной терапии, подслизистое расположение узла опухоли, быстрый рост (увеличение в год на 4 нед., рост в постменопаузе, величина опухоли, превышающая по размеру таковую при 12-недельной беременности, множественность узлов, подвижность субсерозного узла, нарушение питания в опухоли, нарушение функции тазовых органов, шеечная миома)

Разновидности операций при миомах:

1. Радикальные - экстирпация или надвлагалищная ампутация матки;

2. Консервативные - вылушивание узлов опухоли с сохранением менструальной и по возможности детородной функций, в т.ч. лапароскопическим и гистероскопическим доступом.

Определяя план лечения курируемых больных, следует подчеркнуть необходимость индивидуального подхода к решению вопроса об объеме операции по поводу миомы матки. Особое внимание нужно уделить неотложной помощи при миомах матки, показаниям к срочному оперативному вмешательству: выскабливание слизистой матки при профузном кровотечении, откручивание рождающегося или родившегося подслизистого узла с последующим выскабливанием слизистой матки под контролем гистероскопии, чревосечение при неэффективности предыдущих операций, при некрозе узла, при перекручивании ножки субсерозного узла. Коротко обсуждается тактика врача при ведении больных миомой матки при наличии беременности.

Решение контрольных задач.

Подведение итогов занятия. Задание на дом.

НАГЛЯДНЫЕ ПОСОБИЯ

Рисунки и диапозитивы с различными формами миом матки: макропрепараты миом матки. Микропрепараты (соскобы слизистой матки, гистологические срезы миом). Гистерограммы при субмукозной и интерстициальной миоме. Гистероскопические снимки.

Вопросы:

1. Перечислите этиологические моменты возникновения миом матки
2. Какие изменения наблюдаются в эндометрии при миомах матки?
3. Какие изменения наблюдаются в яичниках при миомах матки?
4. Назовите наиболее частые разновидности миом матки в зависимости от особенностей роста опухолевых узлов.
5. Какие осложнения возможны при миомах матки (независимо от локализации узлов)?
6. Перечислите клинические признаки интерстициальной миомы.

7. Определите локализацию интерстициальных узлов матки.
8. Перечислите клинические признаки субмукозной миомы матки.
9. Какие мероприятия включает неотложная помощь больным с рождающимся субмукозным узлом?
10. Какие осложнения возможны при подслизистой миоме?
11. Определите локализацию узлов субсерозной миомы.
12. Назовите возможные осложнения при субсерозной миоме.
13. Перечислите клинические признаки, общие для всех локализаций миом матки.
14. При какой локализации миомы чаще наблюдается нарушение функции соседних органов?
15. В чем заключается неотложная помощь больным миомой матки с профузным кровотечением?
16. Каковы причины кровотечения при миомах матки?
17. Какие дополнительные методы обследования используются при миомах матки?
18. Какова цель зондирования полости матки при миоме матки?
19. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз при миомах?
20. Перечислите показания к операции при миомах матки.
21. Определите возможный объем операции при миоме матки (перечислите виды операций)
22. Укажите разновидности врачебной тактики при миомах.

Задачи:

1. Больная Б. 38 лет 5 лет наблюдается по поводу миомы матки (величина опухоли соответствует 9-10 нед. беременности). Жалуется на обильные длительные менструации, при которых количество гемоглобина снижается до 80 ед. При поступлении: пятый день менструации, выделения обильные, больная бледна.

Назначьте план неотложной помощи, план дальнейшего ведения.

2. Больная Д. 42 года. Наблюдается в течении 5 лет по поводу миомы матки (ее размер соответствует 7-8 нед беременности) роста опухоли не отмечается. Беспокоят обильные менструации по 12-18 дн., симптоматическое и медикаментозное лечение неэффективно. При гистологическом исследовании соскоба слизистой матки выявлена железисто-кистозная гиперплазия, субмукозных узлов не обнаружено.

Определите возможные варианты лечения.

3. Больная Ш. 38 лет. Миома матки обнаружена 2 года назад. Заметного роста ее не отмечается. При поступлении беспокоят боли внизу живота, лейкоцитоз 17 000, положительный симптом Щеткина-Блюмберга. При двуручном исследовании обнаружено: матка увеличена соответственно 10 нед. беременности, бугристая, один из узлов подвижный, болезненный, выделения из половых путей светлые.

Каковы диагноз, план ведения?

4. Больная Н. 49 лет, миома матки в течении 10 лет, по величине опухоль соответствует 12 нед. беременности. Последние годы менструации обильные длительные. При поступлении жалуется на схваткообразные боли внизу живота. При осмотре в зеркалах обнаружено: слизистая влагалища и шейки матки чистая, зев закрыт.

Дайте предполагаемый диагноз. Составьте план обследования.

5. Больная Ф. 32 года. При поступлении отмечено: жалобы на схваткообразные боли внизу живота, кровяные выделения из половых путей (менструации закончились 3 нед. назад). Заболела остро. В зеркалах слизистая влагалища чистая, шейка синюшная, зев открыт, в шейке видно образование. При двуручном исследовании обнаружено: в шейном канале плотное округлое образование, тело матки увеличено соответственно 8 нед беременности, плотное, небугристое. Придатки с обеих сторон без особенностей. Каковы диагноз и план ведения?

6. Больная Я. 36 лет. При профилактическом осмотре обнаружена матка, увеличенная соответственно 10 нед. беременности, плотная, с гладкой поверхностью. Придатки матки без особенностей. Менструальная функция не нарушена.

Каковы диагноз и план ведения?

7. Больная О. 32 года, нерожавшая. Во время операции по поводу значительных размеров миомы матки, обнаружено, что тело матки не увеличено, сзади имеется два субсерозно расположенных узла, размером 10х12 и 3х4 см.

Уточните предполагаемый объем операции.

8. У больной С. 44 лет множественная миома матки, размер которой соответствует 16 нед. беременности, сочетающаяся с рецидивирующей эрозией шейки матки.

Определите предполагаемый объем операции.

Литература

Основная:

Гинекология: Учебник для мед. вузов под ред. Г.М. Савельевой. – М: Геотар-Медиа, 2009 – С. 169-202.

Тема 7. Эндометриоз.

Цель занятия: Изучить типичные клинические признаки эндометриоза, диагностику, клинику и терапию, разобрать возможные осложнения.

Содержание занятия:

Эндометриоз. Классификация. Теория возникновения. Клинические проявления генитального и экстрагенитального эндометриоза. Хирургические и консервативные методы терапии эндометриоза.

Практические навыки: Студенты должны знать клинику аденомиоза, уметь определить величину матки, провести пробу с пулевыми щипцами, произвести зондирование полости матки.

ПЛАН ЗАНЯТИЯ

Письменный контроль знаний студентов.

При анализе анамнеза и гинекологического обследования больной аденомиозом (или соответствующей истории болезни) необходимо коротко остановиться на его патоморфологии и теориях возникновения (применительно к данной больной). Необходимо подчеркнуть, что эндометриодные разрастания состоят из железистого эпителия, сходного со строением слизистой матки и стромы: активно разрастается строма, которая расплавляет мышечные, эластические и соединительнотканые элементы и таким образом прокладывает путь железистому эпителию. Инфильтрирующий рост ткани имеет доброкачественное течение: в отличие от эпителия раковой опухоли железистый эпителий эндометриодных очагов не способен к активному росту. Под влиянием яичниковых гормонов железистый эпителий претерпевает неполные циклические изменения. Демонстрируется макропрепарат аденомиоза (образования различной формы со стекловидным или темно-кровянистым содержимым, они изолированные или сливаются с окружающей тканью) и микропрепараты (или схемы, таблицы). Эндометриодные очаги располагаются вблизи от базального слоя эндометрия, у трубных углов матки или в области внутреннего маточного зева. Клинические проявления аденомиоза в зависимости от локализации и распространенности эндометриодных разрастаний (очаговый, диффузный, микроскопический) Методы диагностики заболевания (характерные данные анамнеза, боли перед менструацией, гиперполименорея, вторичная анемия: динамика заболевания, гистероскопия). Демонстрация рентгенограмм при аденомиозе.

Разбирается вопрос дифференциального диагноза аденомиоза с миомой матки, опухолью тела матки. Следует обратить внимание студентов на то, что при гиперполименорее, сопровождающейся анемией, при небольших размерах матки следует думать об аденомиозе.

Проговариваются вопросы выбора метода лечения: в молодом возрасте показана консервативная терапия (симптоматическая терапия + синтетические эстроген-гестагенные препараты по 3-4 мес. С 5 по 26 день менструального цикла: после перерыва в 1-2 мес. Курс лечения повторяют: электрофорез с йодистым калием на гипогастральную область №12-15). Обсуждаются возможности лечения аденомиоза агонистами гонадотропинов (золадекс) в качестве консервативного лечения, а также в программе подготовки к операции. Хирургическое лечение назначается при отсутствии эффекта от консервативной терапии, объем операции определяется локализацией, распространенностью эндометриодных очагов и возрастом больных.

Решение контрольных задач.

Подведение итогов занятия. Задание на дом.

НАГЛЯДНЫЕ ПОСОБИЯ

Микропрепараты (соскобы слизистой матки, гистологические срезы миом). Рентгенограммы: гистеросальпингография при аденомиозе. Гистероскопические снимки.

Вопросы:

1. Что такое эндометриоз?
2. Теория возникновения.
3. Классификация эндометриоза.
4. Назвать возможные локализации эндометриoidных гетеротопий?
5. Клинические проявления генитального эндометриоза.
6. Чем обусловлены варианты симптомов заболевания.
7. Экстрагенитальный эндометриоз.
8. Назовите симптомы аденомиоза матки.
9. С чем следует дифференцировать эндометриоз.
10. Перечислите основные виды (разновидности) лечения больных аденомиозом.
11. Консервативные методы терапии эндометриоза.
12. Объем и методы хирургического лечения при эндометриозе.
13. Реабилитация после проведенного лечения.

Задачи:

1. Больная У. 43 года. Жалуется на обильные болезненные и продолжительные менструации последние пять лет. При осмотре обнаружено: шейка чистая, матка несколько увеличена, плотная, придатки с обеих сторон без особенностей. Поставьте предполагаемый диагноз. Определите план обследования.

2. Больная Г. 36 лет. Жалуется на болезненные менструации, а в последние два года и на обильные. При осмотре в зеркалах обнаружено: шейка цилиндрическая, на 12 часах "горошина" синюшного цвета. При двуручном исследовании обнаружено: матка несколько больше нормы, плотная, ограниченно подвижная, болезненная. Придатки с обеих сторон в спайках. утолщены, чувствительны. Инфильтрирована клетчатка позади шейки матки. Каковы Ваши предполагаемый диагноз и план ведения?

Литература

Основная:

Гинекология: Учебник для мед. вузов под ред. Г.М. Савельевой. – М: Геотар-Медиа, 2009 – С. 169-202.

Тема 8. Нейроэндокринные синдромы в гинекологии.

Цель занятия: Изучить этиологию, патогенез, клинику, диагностику различных форм нейро-эндокринных синдромов (АГС, СПЯ, ПК, ПМ, КС) и принципы их лечения.

Содержание занятия: нейроэндокринные синдромы: аденогенитальный синдром, синдром поликистозных яичников, предменструальный и климактерический синдромы. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

Исходные знания: знания методов обследования в гинекологии, анатомии, физиологии, гистологии, патофизиологии.

Практические навыки: студент должен знать: на основании данных анамнеза, результатов общего и специального гинекологического исследования, тестов функциональной диагностики, инструментальных методов исследования определить нейроэндокринный синдром, постановку развернутого клинического диагноза в соответствии с принятой классификацией; студент должен уметь: выработать план лечения с учетом возраста больной и сопутствующей экстрагенитальной патологии; определить показания к хирургическому лечению; наметить план восстановления детородной функции.

ПЛАН ЗАНЯТИЯ

Письменный контроль знаний студентов.

На занятии необходимо научить студентов использовать полученные знания для объяснения патогенеза нарушений овариально-менструальной функции;

Преподаватель должен продемонстрировать на клинических примерах (истории болезни, курация больных) особенности течения различных форм нарушения овариально-менструальной функции; научить дифференцировать различные варианты нарушений овариально-менструальной функции; обучить комплексной терапии дисменореи, нейроэндокринного синдрома, предменструального синдрома, аденогенитального синдрома.

Перерыв.

Курация пациенток с различными формами нейроэндокринных синдромов.

Решение клинических задач.

НАГЛЯДНЫЕ ПОСОБИЯ

рентгенографии турецкого седла, лабораторные показатели гормонального фона в норме и при патологии, мазки с различными кольпоцитологическими данными, различные картины «листа папоротника», кривые базальной температуры, таблицы и схемы по регуляции менструальных циклов.

Вопросы:

1. Перечислите и охарактеризуйте уровни регуляции менструальной функции.
2. Какие тропные гормоны влияют на фолликулогенез.
3. Какие гормоны вырабатываются в яичниках.
4. Охарактеризуйте стероидогенез в яичниках.
5. Что такое принцип обратной связи.
6. Что такое цирхоральный ритм.
7. Послеродовое ожирение патогенез.
8. Этиология и патогенез нейроэндокринного синдрома не связанного с беременностью.
9. Лечение нейроэндокринного синдрома.
10. Патогенез аденогенитального синдрома.
11. Классификация АГС.
12. Клиника врожденного АГС.
13. Клиника постнатальной (пубертатной) формы АГС.
14. Постпубертатная форма АГС.
15. Дополнительные методы обследования при различных формах АГС.

16. Принципы лечения АГС.
17. Классификация синдрома поликистозных яичников (СПЯ).
18. Этиопатогенез симптома Штейна-Левенталя.
19. Клиническая картина болезни поликистозных яичников (ПКЯ).
20. Принципы консервативной терапии болезни ПКЯ.
21. Методы оперативного лечения синдрома ПКЯ.
22. Дифференциальная диагностика АГС и синдрома Штейна-Левенталя.
23. Патогенез предменструального синдрома.
24. Формы ПМС, методы лечения.
25. Патогенез климактерического синдрома.
26. Клиника климактерического синдрома.
27. Заместительная гормональная терапия, показания и противопоказания
28. Первичная гиперпролактинемия, диагностика, клиника.
29. Методы лечения гиперпролактинемии, механизм патогенетической терапии.
30. Дисменорея, понятие, патогенез, лечение.

Задачи:

1. Больной 20 лет. Ожирение III степени. Молочные железы слабо развиты. Менструации никогда не было. План обследования.
2. Больная 25 лет. Молочные железы развиты слабо, мужской тип телосложения, гирсутизм, menarche в 19 лет, месячные до сих пор не установились - редкие, короткие. Предварительный диагноз. План обследования.
3. Больная 30 лет. Жалобы на возникновение отеков конечностей и головные боли за 5 дней до менструации, прекращающиеся в первые дни месячных. Предварительный диагноз. Лечение.
4. Больная 30 лет. Жалобы на редкие месячные, вторичное бесплодие. В анамнезе роды 5 лет назад, после которых резко увеличилась масса тела, гирсутизм – 15. Предварительный диагноз. План обследования и лечения.

Литература

Основная:

Гинекология: Учебник для мед. вузов под ред. Г.М. Савельевой. – М: Геотар-Медиа, 2009 – С. .

Тема 9. Предоперационная подготовка гинекологических больных и ведение их в послеоперационном периоде.

Цель занятия: изучить особенности хирургического лечения в гинекологии, показания и противопоказания к операциям, правила подготовки и послеоперационного ведения гинекологических больных.

Содержание занятия: особенности хирургического лечения в гинекологии, показания и противопоказания к операциям, правила подготовки гинекологических больных к оперативным вмешательствам, мероприятия, направленные на профилактику возможных осложнений в послеоперационном периоде, принципы ведения гинекологических больных после операции, реабилитационные мероприятия.

Практические навыки: уметь целенаправленно собрать анамнез и оценить по нему возможность постановки клинического диагноза больной готовящейся на оперативное лечение; провести объективное исследование пациентки и оценить его результаты; оценить дополнительные методы исследования и оценить результаты: цитологического метода и взятых мазков со слизистой влагалища и шейки матки, бактериоскопического и бактериологического методов исследования.

ПЛАН ЗАНЯТИЯ

Проведение письменного опроса по теме.

Разбираются особенности хирургических операций в гинекологии. Определяются общие показания и противопоказания к гинекологическим операциям. Особенности плановых и экстренных операций. Преподаватель знакомит студентов с правилами подготовки гинекологических больных к оперативным вмешательствам. Обсуждаются мероприятия, направленные на профилактику возможных осложнений в послеоперационном периоде, принципы ведения гинекологических больных после операции. Особое внимание уделяется необходимости проведения реабилитационных мероприятий после гинекологических операций.

Перерыв.

Курация предоперационных пациенток. Обсуждение показаний к операциям у курируемых больных. Выяснение объема хирургического лечения. Обследование послеоперационных больных. Изучение проведенных профилактических мер по предотвращению послеоперационных осложнений. Обсуждение программы реабилитации для курируемых пациенток.

Вопросы:

1. От чего зависит успех операции?
2. Особенности гинекологических операций?
3. На какие виды подразделяются оперативные вмешательства в гинекологии?
4. Какие существуют показания к хирургическому лечению?
5. Какие существуют противопоказания к хирургическому лечению?
6. Противопоказания к плановому хирургическому лечению.
7. В чем заключается предоперационная подготовка больных?
8. От чего зависит выбор объема оперативного вмешательства?
9. Какое лабораторное предоперационное обследование проводится больным готовящимся к плановому оперативному лечению?
10. Какие виды анестезиологического пособия используются при гинекологических операциях?
11. Понятие о предоперационной подготовке больной.
12. Каковы особенности ведения раннего послеоперационного периода?
13. В чем заключается ведение послеоперационных больных?

16. Какие существуют осложнения в послеоперационном периоде?
17. Каковы меры профилактики послеоперационных осложнений?
18. В чем заключается профилактика послеоперационных инфекционных осложнений?
19. В чем заключается профилактика тромбоэмболических послеоперационных осложнений?
20. ний?
21. Какие лечебные и реабилитационные мероприятия необходимо проводить в послеоперационном периоде?

Литература

Основная:

Гинекология: Учебник для мед. вузов под ред. Г.М. Савельевой. – М: Геотар-Медиа, 2009 – С. .

Тема 10. Основные принципы диагностики, лечения и профилактики злокачественных заболеваний гениталий.

Цель занятия: изучить основные принципы диагностики, лечения и профилактики, применяемые в онкогинекологии.

Содержание занятия: современные диагностические методики, используемые для выявления злокачественных заболеваний женской репродуктивной системы, методы ранней диагностики рака, скрининг, новые направления в лечении онкогинекологических больных; возможности профилактики злокачественных новообразований гениталий

Практические навыки: знать современные методы диагностики, лечения и профилактики злокачественных заболеваний гениталий; уметь назначить необходимый объем обследования при подозрении на онкопатологию женской репродуктивной системы; уметь подобрать скрининговые методики.

ПЛАН ЗАНЯТИЯ

Письменный контроль знаний студентов.

Рак женских половых органов, классификация, диагностика, лечение. Статистика и эпидемиология злокачественных новообразований женской половой сферы. Причины, предрасполагающие факторы рака. Основные положения и условия канцерогенеза.

Современные методы диагностики и лечения в онкогинекологии

Новые методики диагностики и ранней диагностики рака. Скрининг. Пути ранней диагностики. Метод ультразвуковой диагностики. Значение определения опухолевых маркеров. Лучевая диагностика злокачественных новообразований. Магниторезонансная томография молочных желез, головного мозга, органов таза. Понятие о позитронной эмиссионной томографии.

Новые методы лечения в онкогинекологии

Профилактика злокачественных новообразований. Методики предупреждения злокачественных заболеваний,

Перерыв.

Курация пациенток с предраковыми и раком женской репродуктивной системы.

Вопросы:

1. Какова структура и частота онкологических заболеваний?
2. Причины и предрасполагающие факторы злокачественных заболеваний гениталий.
3. Современные методы диагностики в онкогинекологии.
4. Какие проводятся скрининговые исследования у женщин с целью выявления онкологической патологии?
5. Значение определения опухолевых маркеров.
6. Возможности инструментальных методов в диагностике рака женской репродуктивной системы: УЗИ, лучевая диагностика, МРТ и др.
7. Какие терапевтические возможности лучевой терапии на современном этапе?
8. Какие группы препаратов используются для химиотерапии у женщин с трофобластической болезнью и раком шейки матки?
9. Используются ли органосохраняющие операции в современной онкогинекологии?
10. Методы профилактики злокачественных новообразований.

Литература

Основная:

Гинекология: Учебник для мед. вузов под ред. Г.М. Савельевой. – М: Геотар-Медиа, 2009 – С. .

Тема 11. Патология шейки матки: фоновые и предраковые заболевания шейки матки. Рак шейки матки.

Цель занятия: Изучить фоновые заболевания и предрак шейки матки. Ознакомиться с клиническими проявлениями и методами лечения рака шейки матки.

Содержание занятия: Понятие о фоновых и предраковых заболеваниях шейки матки. Этиология. Методы обследования. Принципы лечения больных.

Рак шейки матки. Этиология, Классификация. Методы обследования больных. Тактика ведения больных раком шейки матки в зависимости от стадии.

Работа по профилактике и раннему выявлению предраковых состояний как профилактика рака шейки матки.

Практические навыки: Студенты должны уметь осмотреть шейку матки с помощью зеркал, уметь взять мазки для цитологического исследования, знать ход раздельного диагностического выскабливания слизистой шеечного канала и тела матки.

НАГЛЯДНЫЕ ПОСОБИЯ

Таблицы (лейкоплакия, эритроплакия, псевдоэрозия, эрозия шейки матки, эрозированный эктропион), диапозитивы (кольпоскопические картины при предраковых состояниях), микропрепараты, мазки цитологического отделяемого шейки матки и влагалища, инструменты для биопсии и электрокоагуляции, кольпоскоп.

ПЛАН ЗАНЯТИЯ

Письменный контроль знаний студентов.

Преподаватель обращает внимание студентов на классификацию заболеваний шейки матки, фоновые, предраковые, рак. Разбирается современная концепция возникновения заболеваний шейки матки и роль вирусов (папилломавирус). Необходимо подчеркнуть, что предрак – дисплазия, может существовать на визуально неизменной шейке матки. Для лучшего понимания студентами патоморфологии заболеваний шейки матки преподаватель напоминает о строении цервикального канала (цилиндрический эпителий и резервные клетки) и многослойного плоского эпителия влагалища (базальный, парабазальный, промежуточный, ороговевающий и ороговевший слои). Желательно, чтобы студенты самостоятельно рассказали о возрастной динамике зоны перехода плоского эпителия в цилиндрический.

При демонстрации больных после обсуждения патоморфологии заболеваний шейки матки на основании этих знаний студенты рассказывают алгоритм обследования больных с патологией шейки матки: осмотр с помощью зеркал, кольпоскопия, расширенная кольпоскопия, цитологическое исследование, микрокольпоскопия, выскабливание цервикального канала. Следует еще раз обратить внимание студентов на зависимость применяемых методов обследования от возраста (возрастная динамика зоны перехода), после чего последовательно перейти к лечению.

Согласно современным взглядам, фоновые процессы должны подвергаться деструктивному лечению. Исходя из концепции гормонзависимости зоны перехода, эктопию у молодых женщин до 24-25 лет.

Дисплазия - предрак, показание к хирургическому лечению. Учитывая сложность морфологической диагностики дисплазии и рака шейки матки, предложено объединить эти понятия термином "цервикальная интраэпителиальная неоплазия" (ЦИН), при этом ЦИН I — дисплазия средней степени тяжести. ЦИН III - внутриэпителиальный рак.

Особое внимание следует уделить ранним стадиям рака шейки матки и вариантам консервативного лечения рака шейки матки у молодых нерожавших пациенток: ножевая и электроконизация. Некоторые авторы предлагают дополнять лечение мазями, содержащими интерферон, однако от широко распространенного мазевоего лечения "эрозий" студентов следует предостеречь. Подробно разбирается морфология внутриэпителиального и микроинвазивного рака. Демонстрируются микропрепараты.

Перерыв.

В последней части занятия необходимо разобрать инвазивные формы рака шейки матки и их лечение. Необходимо подчеркнуть, что необоснованно применяя биопсию, особенно у молодых женщин с ToNoMo можно разрушив естественные барьеры, перевести его в рак T1b (T1bNoMo), что требует радикального лечения. Преподаватель на муляже демонстрирует сущность операции Вершгейма, морфологический субстрат II-III стадий, после чего студенты должны на основании этих знаний, обосновать возможность различных клинических проявлений стадий II-IV.

После обсуждения метастазирования рака шейки матки (I этап - наружные и внутренние подвздошные лимфоузлы, II этап – общие подвздошные, III - парааортальные) студенты предлагают варианты лечения. В I-ой стадии лечение хирургическое и возможно сочетанная лучевая терапия, которая во II-III стадиях чаще применяется изолированно.

Неотложная помощь при профузном кровотечении из поврежденной раком шейки матки заключается в последовательном применении консервативных мероприятий (тампонада влагища, инфузионная терапия), при их неэффективности - хирургическом пещении, заключающемся в перевязке внутренних подвздошных артерий .

Итоги занятия. Задание на дом.

Вопросы:

1. Дайте определение понятия "предрак" (предраковые состояния шейки матки).
2. Перечислите заболевания, которые могут служить фоном для возникновения предраковых состояний шейки матки.
3. Какие этиологические факторы способствуют возникновению предраковых заболеваний шейки матки?
4. Перечислите клинические формы предраковых заболеваний шейки матки
5. Каковы клинические проявления лейкоплакии шейки матки?
6. Каковы клинические проявления псевдоэрозии шейки матки?
7. Какие результаты осмотра шейки матки с помощью зеркал характерны для больной с эрозированным эктропионом?
8. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз предраковых состояний шейки матки?
9. Перечислите дополнительные методы обследования больных при подозрении на предраковые заболевания шейки матки
10. Какое лечение проводится больным с лейкоплакией шейки матки?
11. Какое лечение целесообразно при эрозированном эктропионе?
12. Какое лечение проводится у больных с полипом слизистой шеечного канала?
13. Укажите разновидности гистологического строения рака шейки матки.
14. Перечислите формы роста рака шейки матки.
15. Перечислите пути распространения рака шейки матки.
16. Определите границы распространения рака при IIa стадии.
17. Каковы границы распространения рака при IIb стадии?
18. Назовите жалобы больных при раке шейки матки.
19. Перечислите жалобы, характерные для IV стадии рака шейки матки.
20. Какие жалобы предъявляют больные при II стадии рака шейки матки?
21. Какие группы лимфоузлов являются регионарными для шейки матки?
22. Перечислите стадии рака шейки матки.
23. Назовите варианты II стадии рака шейки матки.
24. Перечислите варианты III стадии рака шейки матки.
25. Перечислите варианты IV стадии рака шейки матки
26. Что такое нулевая стадия рака шейки матки?
27. Что такое Ia стадия рака шейки матки?
28. Каковы границы распространения рака при IIa стадии?
29. С какими заболеваниями следует дифференцировать рак шейки матки?

30. Перечислите дополнительные методы исследования, применяемые при раке шейки матки.
31. Какие дополнительные методы исследования помогают установить стадию распространения рака шейки матки?
32. Какие дополнительные методы исследования позволяют поставить диагноз рака шейки матки?
33. Какую стадию рака шейки матки уточняют с помощью цистоскопии (и ректороманоскопии)?
34. В чем заключается врачебная тактика при I стадии рака шейки матки?
35. В чем заключается врачебная тактика при II стадии рака шейки матки?
36. Назовите мероприятия экстренной помощи при профузном кровотечении у больной раком шейки матки.
37. Перечислите возможные варианты лечения при нулевой стадии рака шейки матки.
38. Какое лечение проводят при IV стадии рака шейки матки?
39. Перечислите показания к сочетанной лучевой терапии рака шейки матки.
40. Перечислите показания к комбинированному лечению рака шейки матки.
41. Определите возможный объем операции при нулевой стадии рака шейки матки.

Задачи:

1. Больная К. 27 лет, в течении 3 нед. проводилась консервативная терапия при наличии дисплазии шейки матки. Терапия была неэффективной. Составьте план ведения.

2. У больной О. . 27 лет, после диатермокоагуляции по поводу эрозии вновь обнаружено изменение поверхностного покрова влагалищной порции шейки матки.

Составьте план ведения.

3. У больной Ш., 30 лет. обнаружен эрозированный эктропион. Уточните план ведения.

4. У больной А., 45 лет. обнаружена гипертрофия шейки матки со старыми разрывами и измененными покровами влагалищной порции шейки матки; поверхность гиперемирована, кровоточит. Каков план ведения?

5. У больной П. 40 лет при осмотре шейки матки зеркалами на передней губе выявлен белесоватый участок размерами 1х1 см. Данные двуручного исследования без особенностей.

Каковы диагноз и план обследования?

6. У больной В. 39 лет. при осмотре шейки матки зеркалами на передней ее губе выявлен белесоватый участок размерами 1х1 см. Данные двуручного исследования без особенностей. При кольпоскопии подтверждена лейкоплакия. Составьте план ведения

14. Больная У., 49 лет, доставлена в больницу по поводу значительных кровяных выделений из половых путей. Последние два года отмечает ациклические кровяные выделения из влагалища. Половой жизнью не живет 5 лет. У гинеколога не была последние 10 лет. Объективно выявлено: слизистая влагалища несколько синюшна, шейка в виде кратера, ее изъязвленная поверхность обильно кровоточит. Пальпаторно: шейка плотная, влагалищные своды укорочены. Придатки отдельно не определяются. С обеих сторон от матки плотные образования, доходящие до стенок таза. Слизистая прямой кишки смещается.

Поставьте диагноз полностью. Окажите необходимую помощь. Какие дополнительные методы исследования помогут уточнить диагноз?

Литература

Основная:

Гинекология: Учебник для мед. вузов под ред. Г.М. Савельевой. – М: Геотар-Медиа, 2009 – С. 276-293.

Тема 12. Гиперпластические и предраковые заболевания эндометрия. Рак тела матки.

Цель занятия: Изучить гиперпластические процессы и рак эндометрия. Ознакомить студентов с принципами дифференциального подхода к раку эндометрия в зависимости от нейроэндокринного статуса.

Содержание занятия: Этиология, патогенез гиперпластических процессов эндометрия. Классификация. Предраковые состояния эндометрия. Патогенетические варианты больных с гиперпластическими процессами эндометрия. Онкологическая настороженность в ведении этих больных.

Рак тела матки. Классификация. Клиника, диагностика. Прогноз. Тактика ведения больных в зависимости от стадии распространения. Пути профилактики рака тела матки.

Практические навыки: Студенты должны уметь собрать прицельно анамнез у пациентки с подозрением на гиперпластический процесс эндометрия, особенно в постменопаузе, произвести раздельное диагностическое выскабливание, ознакомиться с принципом гистероскопии

ПЛАН ЗАНЯТИЯ

Письменный контроль исходного уровня знаний.

Преподаватель указывает на принципиально отличный от патологии шейки матки механизм возникновения гиперпластических процессов эндометрия - нейроэндокриннообменный. Необходимо также отметить, что за исключением периода постменопаузы, основным проявлением патологии эндометрия является ациклическое маточное кровотечение. На примере историй болезни пациенток, находящихся в отделении, студенты усваивают схему обследования больных с ациклическими кровотечениями - гистероскопия, раздельное диагностическое выскабливание. После повторения вопросов периодизации жизни половозрелой женщины (репродуктивный период, пременопауза, менопауза - последняя менструация, постменопауза. Наступающая через год отсутствия менструаций после менопаузы, что устанавливается ретроспективно особое внимание студентов обращается на возможность существования патологии эндометрия в постменопаузе без кровяных выделений. Таким образом, гистероскопия, выскабливание выполняются или при наличии кровотечения в постменопаузе или, если при УЗ-сканировании срединной тени эндометрия имеется ее утолщение >4 мм. На примере историй болезни следует продемонстрировать недопустимость раздельного диагностического выскабливания в любом возрасте без гистероскопического контроля.

Анализируя истории болезни пациенток, находящихся в стационаре, студенты вместе с преподавателем определяют возможность развития рака эндометрия по 1-ому или 2-ому патогенетическому варианту у конкретных больных. Выбираются меры профилактики. Студенты должны уяснить клинические формы предрака эндометрия (атипическая гиперплазия эндометрия в любом возрасте, железистая гиперплазия на фоне нейроэндокриннообменного синдрома в репродуктивном возрасте, железистая гиперплазия в постменопаузе). Необходимо в конце занятия подчеркнуть, что ранним средством профилактики рака эндометрия является лечение предрака и нейроэндокринных заболеваний. Обсуждаются современные препараты для лечения гиперплазии эндометрия:

1. Синтетические прогестагены - производные прогестерона: 17 ОПК, медроксипрогестерона ацетата (провера), депо-провера. Назначаются с целью подавления функции яичников и достижения менопаузы в пременопаузе (по 250 мг х 2 раза в неделю), и в постменопаузе с целью достижения атрофии эндометрия (по 250 мг х 2-3 раза в неделю).

2. Синтетические прогестины - деметилированные по 19-ому положению углеродного атома производные этинилтестостерона (нор-стероиды): норколут,

дезогестрел, гэстолен. Назначаются в репродуктивном возрасте во 2-ую фазу цикла с целью восстановления двухфазного цикла, в перименопаузе - в непрерывном режиме (норколут по 10 мг ежедневно).

3. Синтетические эстроген-гестагенные препараты (ригевидон, марвелон, силест) в циклическом режиме пациенткам репродуктивного возраста с целью восстановления двухфазного менструального цикла.

Итоги занятия. Задание на дом.

НАГЛЯДНЫЕ ПОСОБИЯ

Вопросы:

1. Перечислите клинические признаки предракового состояния эндометрия.
2. Какие клинические проявления характерны для гиперпластических процессов эндометрия?
3. Перечислите дополнительные методы исследования, применяемые при подозрении на наличие гиперпластического процесса в эндометрии.
4. Перечислите клинические варианты гиперпластических процессов, которые следует расценивать как предраковые.
5. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать гиперпластические процессы эндометрия?
6. Какие основные моменты определяют выбор метода лечения больных с гиперпластическими процессами эндометрия?
7. Перечислите методы лечения больных репродуктивного возраста с предраком эндометрия.
8. Перечислите методы лечения больных перименопаузального периода с предраком эндометрия.
9. Какое лечение следует проводить у больных в периоде постменопаузы с предраком эндометрия?
10. Что является наиболее частой причиной возникновения предрака эндометрия у женщин в постменопаузе?
11. Назовите виды рака эндометрия по гистологическому строению.
12. Перечислите формы роста рака эндометрия.
13. Перечислите пути распространения рака эндометрия.
14. Какие группы лимфоузлов являются регионарными для тела матки?
15. Перечислите стадии распространения рака эндометрия.
16. Какие варианты поражения возможны при II стадии рака эндометрия?
17. Какие варианты поражения возможны при III стадии рака эндометрия?
18. Какие варианты поражения возможны при IV стадии рака эндометрия?
19. Что означает I стадия поражения при раке эндометрия?
20. Определите границы распространения рака при II стадии.
21. Перечислите основные жалобы больных раком эндометрия независимо от стадии.
22. Перечислите жалобы, характерные для III стадии рака эндометрия.
23. Какие жалобы характерны для IV стадии рака эндометрия?
24. С какими заболеваниями чаще всего проводится дифференциальная диагностика при раке эндометрия?
25. Перечислите дополнительные методы исследования, применяемые при раке эндометрия.
26. Какие дополнительные методы исследования помогают диагностировать рак эндометрия?
27. Какие дополнительные методы исследования помогают установить стадию рака эндометрия?
28. Границы распространения рака при III стадии.
29. В чем заключается врачебная тактика при I стадии рака эндометрия?

30. В чем заключается врачебная тактика при II стадии рака эндометрия?
31. В чем заключается врачебная тактика при III стадии рака эндометрия?
32. Какое лечение проводят при IV стадии рака эндометрия?
33. Определите объем операции при раке эндометрия.
34. В каких случаях применяется гормональное лечение рака эндометрия?
35. Выпишите рецепт на 17-ОПК.

Задачи:

1. У больной К.. 49 лет за последние 2 года трижды произведено диагностическое выскабливание по поводу дисфункциональных маточных кровотечений. Проводилось лечение инфекудином. КПИ составляет 55%. Результаты гистологического исследования: 1. Железисто-кистозная гиперплазия эндометрия. 2. Аденоматозный полип, 3. Аденоматозный полип с атипизмом.

Составьте план ведения.

2. Больная К. 45 лет, поступила с дисфункциональным маточным кровотечением. Произведено раздельное диагностическое выскабливание слизистой матки. В эндометрии обнаружен аденоматозный полип. Составьте план ведения.

3. Больная Б. 60 лет Постменопауза составляет 5 лет. По поводу маточного кровотечения произведено раздельное выскабливание слизистой матки. Результат соскоба: полипоз эндометрия с атипизмом. КПИ составляет 60%. Каков план ведения?

4. У больной К., 47 лет. за последний год трижды произведено раздельное диагностическое выскабливание по поводу дисфункциональных маточных кровотечений. При гистологическом исследовании обнаружена железисто-кистозная гиперплазия эндометрия, КПИ равен 45%. Составьте план ведения

5. Больная А. 68 лет, в постменопаузе 12 лет. Беспокоят периодически скудные кровяные выделения из половых путей. Объективно выявлено: слизистая влагалища влажная блестящая, из шеечного канала слизисто-кровяные скудные выделения. Тело матки небольшое, плотное, придатки не определяются. Инфильтратов в малом тазу нет.

Назовите возможные заболевания. Какие исследования помогут поставить диагноз?

6. Больная С., 62 лет, жалуется на скудные кровяные выделения из половых путей. В постменопаузе 12 лет. Объективно отмечено: слизистая влагалища и шейки матки чистая, шейка обычной консистенции. Тело матки соответствует 8 нед. беременности, неравномерно плотное, ограниченно подвижное. Придатки не определяются. От ребер матки расходятся в стороны плотные инфильтраты, не достигающие до стенок.

Каков возможный диагноз (полностью)? Какие методы исследования помогут уточнить диагноз?

7. Больная В. 70 лет. Жалуется на выделения из половых путей, слабость. Объективно отмечено: слизистая влагалища и шейки матки чистая, из шеечного канала гнойно-кровяные выделения в умеренном количестве. Тело матки соответствует 6 нед. беременности, неравномерно плотное, ограниченно подвижное. Придатки справа утолщены, припаяны к матке, слева не определяются. Справа у ребра матки инфильтрат.

Дайте наиболее вероятный диагноз (полностью).

Литература

Основная:

Гинекология: Учебник для мед. вузов под ред. Г.М. Савельевой. – М: Геотар-Медиа, 2009 – С. 239-276, 293-300.

Тема 13 (6 часов). Предраковые заболевания и рак яичника.

Цель занятия: Изучить клинику, диагностику и принципы лечения доброкачественных и злокачественных опухолей яичников. Познакомить студентов с осложнениями этих заболеваний, требующими неотложной помощи (разрыв капсулы, перекрут ножки яичникового образования).

Содержание занятия: Истинные и доброкачественные опухоли яичников. Понятие о наиболее часто встречающихся опухолях яичников. Методы диагностики. Дифференциальная диагностика. Осложнения. Принципы лечения, объем оперативного вмешательства.

Рак яичников. Классификация. Клиническое течение. Пути метастазирования. Принципы комплексного лечения больных в зависимости от стадии распространения. Профилактика рака яичников, раннее выявление опухолей яичников.

Практические навыки: Студенты должны уметь определить опухолевидное (опухолевое) образование придатков матки, понимать назначение пробы с пулевыми щипцами, уметь выбрать метод терапии и определить тактику операции.

ПЛАН ЗАНЯТИЯ

Письменный контроль студентов.

Перед клиническим разбором больных целесообразно повторить анатомическое и гистологическое строение яичника, обуславливающее разнообразие яичниковых опухолевидных и опухолевых образований, уточнить понятия "ножка опухоли", "киста", цистаденома. Характер опухолей яичников зависит от ткани, из которой преимущественно развивается опухоль.

Следует обратить особое внимание студентов на необходимость использования современной клинко-морфологической классификации опухолей яичников (ВОЗ, 1973 г.), предложенной отечественными учеными. Необходимо подчеркнуть, что наибольшее внимание студенты должны обратить на следующие классы опухолей яичников:

I Эпителиальные опухоли - простая серозная, папиллярная и муцинозная цистаденомы. Студенты обсуждают клинические и морфологические особенности цистаденомы, пограничной цистаденомы и цист аденокарциномы

II. Опухоли стромы полового тяжа:

А Феминизирующая гранулезоклеточная опухоль и текома. На основании знаний стероидогенеза в яичниках указывается на большую гормональную активность текомы и более характерное ее выявление в постменопаузе.

Б Маскулинизирующая опухоль - адренобластома.

В Фиброма. Обсуждается триада Мейгса.

III. Герминогенные опухоли.

А. Тератомы. Целесообразно подчеркнуть частую двухстороннюю встречаемость тератом и возможность консервативных операций с целью сохранения ткани яичников.

Б Дисгерминома. На примере этой опухоли преподаватель демонстрирует показания к операции second-look при опухолях яичников и обсуждает современные попытки сохранить яичник при раке контрлатерального яичника в стадии I.

IV. Метастатические опухоли.

Студенты должны самостоятельно рассказать об известной им клинике и диагностике рака желудка, вспомнить о метастазе Крукенберга.

Обсудив метастатические опухоли, студенты обосновывают необходимость эндоскопического и рентгенологического обследования желудочно-кишечного тракта. В этом разделе целесообразно еще раз обсудить другие методы диагностики опухолей яичников.

1. Пункция брюшной полости через задний свод влагалища в основном используется с целью цитологического контроля химиотерапии.

2. Рентгенологические методы:

А. Компьютерная томография и ядерный магнитный резонанс полезны для решения вопроса об органности и внеорганности опухоли и вовлечения соседних тканей.

Б. Лимфография.

3. Ультразвуковое исследование

Указывается на ценность УЗИ влагалищным датчиком, особенно для решения вопроса о размерах яичников в постменопаузе.

5. Диагностическая лапаротомия.

Студенты самостоятельно выбирают доступ и объем операции у пациенток с эндометриоидной кистой и цистаденомой, простой серозной цистаденомой (в зависимости от возраста) и параовариальной кистой.

Перерыв

Обсуждаются современные методы диагностики и лечения рака яичников. Подчеркивается, что эпителиальные пограничные опухоли яичников метастазируют имплантационно, эпителиальные злокачественные и опухоли створки полового тяжа - лимфогенно, а герминагенные - еще и гематогенно.

Учитывая, что злокачественные опухоли яичников метастазируют более чем в 120 групп лимфоузлов, лимфаденэктомия нецелесообразна.

Желательно на примере конкретной пациентки составить план лечения при раке яичников и указать на необходимость по крайней мере диагностической лапаротомии в любой ситуации.

В конце занятия обсуждаются современные концепции профилактики рака яичников: полноценная репродуктивная функция, монофазная гормональная контрацепция и гормонотерапия (ЗГТ) в пре- и постменопаузе, сдержанное использование стимуляторов овуляции.

Подведение итогов занятия. Задание на дом.

НАГЛЯДНЫЕ ПОСОБИЯ

Таблицы (кисты яичников, доброкачественные и злокачественные опухоли яичников), музейные макропрепараты, муляжи. Лапароскопические фотографии и видеоматериалы.

Вопросы:

31. Перечислите гистологические элементы яичников - источники опухолей.
32. Какие опухоли могут развиваться из яичникового покровного эпителия?
33. Какие опухоли могут развиваться из гранулезных клеток фолликула?
34. Какие опухоли развиваются из тека-клеток фолликула?
35. Какие опухоли развиваются из хилюсных клеток яичника?
36. Какие опухоли развиваются из элементов яйцеклетки?
37. Что такое киста яичника?
38. Перечислите разновидности кист яичника.
39. Что входит в понятие "хирургическая ножка" кисты, опухоли яичника.
40. Что входит в понятие "анатомическая ножка" кисты, опухоли яичника?
41. В чем заключается анатомическая особенность параовариальной кисты?
42. Перечислите признаки кист яичника при гинекологическом обследовании.
43. Перечислите признаки параовариальной кисты при гинекологическом обследовании.
44. Укажите возможные осложнения при кистах яичников.
45. Какие возможные осложнения встречаются при фолликулярной кисте яичника?
46. Какие осложнения возможны при кисте желтого тела?
47. Назовите принцип лечения параовариальной кисты.
48. В чем заключается лечение кист яичника?
49. Каковы показания к оперативному лечению кист яичника?

20. Что такое цистаденома яичника?
21. Назовите разновидности кист яичника.
22. Укажите клинические признаки муцинозных цистаденом яичника.
23. Перечислите клинические признаки папиллярных цистаденом.
24. Перечислите клинические признаки простых серозных цистаденом.
25. Назовите осложнения кист яичника.
26. Какая цистаденома чаще всего перерождается в рак?
27. С чем следует дифференцировать цистаденомы яичников?
28. Перечислите дополнительные методы исследования при опухолях яичника.
29. Больная И. 36 лет. Диагностирована опухоль. Определите объем операции.
30. Больная Н. 56 лет, постменопауза. Диагностирована опухоль. Определите объем операции.
31. У больной И., 34 лет. Папиллярная цистаденома без прорастания капсулы с сосочковыми разрастаниями. Наметьте объем операции.
32. У больной Т. 38 лет, папиллярная цистаденома, сосочковые разрастания на поверхности капсулы. Укажите объем операции.
33. Больная В. 42 года. Определена двусторонняя папиллярная цистаденома. Наметьте объем операции.
34. Больная К. 60 лет в постменопаузе 12 лет. Выявлена простая серозная цистаденома. Наметьте объем операции.
35. У больной Ф. 56 лет. Папиллярная цистаденома. Капсула одной из них прорастена папиллами. Каков объем операции?
36. Какие гормоны продуцирует гранулезоклеточная опухоль?
37. Какие гормоны продуцирует текома?
38. Какие гормоны продуцирует аденобластома?
39. Как влияет на эндометрий гранулезоклеточная опухоль?
40. Как влияет на эндометрий текома?
41. Перечислите клинические признаки фолликулемы.
42. Укажите клинические признаки аденобластомы.
43. Назовите клинические признаки текомы.
44. В каком возрасте чаще возникает текома?
45. Перечислите возможные осложнения гормонально-активных опухолей.
46. С чем следует проводить дифференциальный диагноз при гормонально-активных опухолях?
47. С чем следует проводить дифференциальный диагноз при гранулезоклеточной опухоли?
48. С чем следует проводить дифференциальный диагноз при текоме?
49. С чем следует проводить дифференциальный диагноз при аденобластоме⁷
50. Перечислите дополнительные методы исследования при гормонально-активных опухолях.
51. Назовите дополнительные методы исследования при гранулезоклеточной опухоли.
52. Перечислите дополнительные методы исследования при текоме.
53. В чем заключается принцип лечения гормонально-активных опухолей?
54. У больной Е. 18 лет обнаружена гранулезоклеточная опухоль. Укажите объем операции.
55. У больной И. 34 лет гранулезоклеточная опухоль. Определите объем операции.
56. Больная А. 35 лет в постменопаузе. Выявлена гранулезоклеточная опухоль. Каков объем операции?
57. Определите объем операции при текоме.
58. У больной Н. 29 лет. Диагностирована аденобластома. Укажите объем операции.
59. Больная С. 52 года. Диагностирована аденобластома. Определите объем операции.
60. Перечислите клинические формы (разновидности) оогенных опухолей.

61. Перечислите клинические признаки зрелой тератомы.
62. Назовите осложнения зрелой тератомы
63. С чем следует дифференцировать тератому?
64. Перечислите дополнительные методы исследования при зрелой тератоме.
65. Назовите принципы лечения зрелой тератомы.
66. У больной Ф., 26 лет, диагностирована зрелая тератома. Определите объем операции.
67. Больная У., 45 лет, диагностирована зрелая тератома. Каков объем операции?
68. Укажите пути распространения рака яичника.
69. Сколько стадий распространения рака яичника?
70. Перечислите клинические признаки метастатического рака яичников.
71. Каковы клинические признаки I стадии рака яичника?
72. Перечислите клинические признаки II стадии рака яичника.
73. Назовите клинические признаки III стадии рака яичника.
74. Перечислите клинические признаки IV стадии рака яичника.
75. С чем следует проводить дифференциальный диагноз при раке?
76. Перечислите дополнительные методы исследования при раке яичников.
77. Укажите дополнительные методы исследования при подозрении на метастатический рак яичника.
78. Перечислите дополнительные методы исследования, проводимые для уточнения стадии распространения рака яичника.
79. Какие дополнительные исследования подтверждают III стадию рака яичника?
80. Какие дополнительные методы исследования подтверждают IV стадию рака яичника?
81. В чем заключается принципиальная особенность лечения рака яичника
82. Перечислите виды печения, используемые при раке яичника.
83. Какие варианты лечения метастатического рака яичников Вы знаете⁷
84. У больной С., 52 лет, диагностирован рак яичников II стадии. Каков план лечения?
85. Больная Б., 38 лет, обнаружен рак яичников III стадии. Наметьте план лечения.
86. Больная Ш., 42 года. Диагностирован рак яичников IV стадии. Составьте план лечения.
87. Перечислите основные химиотерапевтические препараты, используемые при раке яичника.
88. Перечислите осложнения, возникающие при химиотерапии рака яичника.

Задачи:

1. Больная К. 32 года. Во время операции обнаружены плотно-эластические бугристые опухоли с прорастанием капсулы. Каковы диагноз и объем операции?
2. Больная А 32 года. На операции обнаружена псевдомуцинозная опухоль правого яичника. Укажите объем операции.
3. Больная Д. 18 лет. На операции обнаружена папиллярная цистаденома левого яичника с прорастанием капсулы.
Каков объем операции? Наметьте план лечения.
4. Больная Н. 60 лет. На операции обнаружена простая серозная цистаденома. Определите объем операции.
5. Диагностирована киста яичника. У больной боли внизу живота и пояснице, повышена температура. При пальпации живот в нижних отделах несколько напряжен, болезнен, слабо выражены симптомы раздражения брюшины. Поставьте диагноз. Укажите план ведения.
6. Больная О., 54 лет в постменопаузе находится 2 года. 10 лет назад у нее обнаружено опухолевидное образование в области придатков матки размером 6X8 см. При осмотре в настоящее время размеры опухоли прежние. Составьте план обследования больной и ведения.

7. Больная К. 34 года. При обследовании в малом тазу с обеих сторон от матки пальпируется плотное ограниченно подвижное образование размером 7Х8 и 6Х9 см. Год назад была произведена операция - резекция желудка и патологических изменений со стороны придатков не было. Каков предполагаемый диагноз и план ведения?

8. Больная Ж. 39 лет. Соматически здорова. При профосмотре гинекологом обнаружены в области придатков матки плотные бугристые образования с ограниченно подвижностью. При влагалищно-прямокишечном исследовании в области крестцово-маточных связок пальпируются "шипы".

Каковы диагноз и план ведения?

9. Больная Ф. 48 лет. Жалобы на слабость, плохой аппетит, увеличение живота в объеме, нарушений менструальной функции нет. При обследовании обнаружен асцит, через брюшную стенку пальпируется бугристая опухоль, верхняя граница ее на уровне пупка.

Каков предполагаемый диагноз и план ведения?

10. Больная Ю 58 лет. В постменопаузе 3 года. Отмечает явления омоложения, нагрубание молочных желез, при двуручном исследовании отклонений от нормы не обнаружено, КПИ 40%.

Поставьте диагноз. Наметьте план ведения.

11. Больная К. 10 лет. Отмечается преждевременное половое развитие, некоторое увеличение живота. При ректальном исследовании нечетко контурируется образование в брюшной полости.

Поставьте диагноз. Составьте план ведения.

Литература

Основная:

Гинекология: Учебник для мед. вузов под ред. Г.М. Савельевой. – М: Геотар-Медиа, 2009 – С. 205-239, 300-317.

Тема 14. Планирование семьи. Методы контрацепции. Охрана репродуктивного здоровья в практике семейного врача.

Цель занятия: изучить вопросы планирования семьи и охраны репродуктивного здоровья. Уметь применять основные современные методы контрацепции.

Содержание: средства, применение которых направлено на предохранение от зачатия, называются контрацептивными. Высококвалифицированный врач должен быть ориентирован как в диагностике и возможных методах коррекции бесплодия, так и в основных методах контрацепции.

Исходные знания: студенту необходимы знания методов обследования в гинекологии, анатомии, физиологии, гистологии, патофизиологии.

Практические навыки: после изучения темы студенты должны знать классификацию современных контрацептивных средств, показания и противопоказания к назначению разных средств контрацепции; уметь подобрать метод контрацепции в различные периоды жизни женщины; назначить экстренную контрацепцию.

ПЛАН ЗАНЯТИЯ

Письменный контроль знаний студентов.

Современные представления о методах контрацепции. Классификация высоко и низкоэффективных средств контрацепции. Показания и противопоказания к назначению различных средств контрацепции. Изучение вопросов подбора контрацептивных средств у разных пациенток.

Перерыв.

Демонстрация на фантоме установки и удаления ВМС; изучение фармакокинетики и фармакодинамики гормональных контрацептивных средств; изучить осложнения при применении различных методов контрацепции.

НАГЛЯДНЫЕ ПОСОБИЯ:

1. Модель матки для демонстрации установки и удаления ВМС.
2. Набор для отработки навыка установки имплантов.
3. Набор современных контрацептивных средств.

Вопросы:

1. Понятие о контрацепции.
2. Классификация средств контрацепции.
3. Физиологические методы: календарный, метод лактационной аменореи).
4. Внутриматочная контрацепция, механизм контрацептивного действия.
5. Внутриматочная релизинговая система «Мирена».
6. Противопоказания для установки ВМС.
7. Осложнения при установке и удалении ВМС.
8. Механизм контрацептивного действия гормональных контрацептивов.
9. Фармакокинетика оральных контрацептивов.
10. Лечебные аспекты назначения КОК.
11. Гормональные контрацептивы, содержащие только гестагены (мини-пили).
12. Противопоказания к применению ОК.
13. Альтернативные гормональные контрацептивы: инъекционные, пластыри, вагинальное кольцо, импланты. Преимущества, недостатки, побочные эффекты.
14. Индекс Перля, сравнительная характеристика при различных методах контрацепции.
15. Добровольная хирургическая стерилизация, понятие, показания.
16. Контрацепция у женщин с экстрагенитальными заболеваниями.
17. Послеродовая контрацепция.
18. Контрацепция у подростков.

19. Контрацепция в пременопаузе.

Задачи:

Пациентка 30 лет, в анамнезе одни срочные роды. В течение 3х лет установлена ВМС, удалена по поводу рецидивирующего воспаления придатков матки. Рекомендуйте методы контрацепции и обоснуйте выбор конкретных методов.

Литература

Основная:

Гинекология: Учебник для мед. вузов под ред. Г.М. Савельевой. – М: Геотар-Медиа, 2009 – С.

Перечень основной и дополнительной учебной литературы, необходимой для освоения дисциплины (модуля)

Основная литература

1. Баисова, Б. И. Гинекология: учебник / под ред. Савельевой Г. М., Бреусенко В. Г. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 432 с. - ISBN 978-5-9704-4309-5. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970443095.html>. - ЭБС «Консультант студента», по паролю.
2. Савельева Г.М., Акушерство [Электронный ресурс]: учебник / Савельева Г.М., Шалина Р.И., Сичинава Л.Г., Панина О.Б., Курцер М.А. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 656 с. - ISBN 978-5-9704-3295-2 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970432952.html> – ЭБС «Консультант студента», по паролю.

Дополнительная литература

1. Айламазян Э.К., Акушерство [Электронный ресурс]: учебник / Айламазян Э. К. и др. - 9-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 704 с. - ISBN 978-5-9704-3316-4 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970433164.html> – ЭБС «Консультант студента», по паролю.
2. Айламазян Э.К., Неотложная помощь в акушерстве [Электронный ресурс]: руководство для врачей / Э. К. Айламазян и др. - 5-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 384 с. - ISBN 978-5-9704-3331-7 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970433317.html> – ЭБС «Консультант студента», по паролю.
3. Апресян С.В., Беременность и роды при экстрагенитальных заболеваниях [Электронный ресурс] / С. В. Апресян; под ред. В. Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 536 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста") - ISBN 978-5-9704-3238-9 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970432389.html> – ЭБС «Консультант студента», по паролю.
4. Баисова Б.И., Гинекология [Электронный ресурс]: учебник / Под ред. Г.М. Савельевой, В.Г. Бреусенко. - 4-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 432 с. - ISBN 978-5-9704-2254-0 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970422540.html> – ЭБС «Консультант студента», по паролю.
5. Капительный В.А., Акушерство и гинекология. Практические навыки и умения с фантомным курсом [Электронный ресурс]: учеб. пособие / В.А. Капительный, М.В. Беришвили, А.В. Мурашко; под ред. А.И. Ищенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 392 с. - ISBN 978-5-9704-4009-4 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970440094.html> – ЭБС «Консультант студента», по паролю.
6. Озолия Л.А., Влияние различных факторов на плод [Электронный ресурс] / Л.А. Озолия, И.В. Бахарева, А.В. Тягунова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 224 с. - ISBN 978-5-9704-4100-8 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970441008.html> – ЭБС «Консультант студента», по паролю.
7. Омаров С.-М. А., Неотложные состояния в акушерстве и гинекологии [Электронный ресурс] / под ред. С.-М. А. Омарова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 272 с. - ISBN 978-5-9704-3860-2 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970438602.html> – ЭБС «Консультант студента», по паролю.

8. Радзинский В.Е., Акушерство. Руководство к практическим занятиям [Электронный ресурс]: учебное пособие / под ред. В. Е. Радзинского. - 5-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 728 с. - ISBN 978-5-9704-3250-1 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970432501.html> – ЭБС «Консультант студента», по паролю.

9. Серов В.Н., Схемы лечения. Акушерство и гинекология [Электронный ресурс] / под ред. В. Н. Серова, Г. Т. Сухих; ред.-сост. Е. Г. Хилькевич - 2-е изд., испр. и доп. - М.: Литтерра, 2015. - 384 с. (Серия "Схемы лечения".) - ISBN 978-5-4235-0196-9 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785423501969.html> – ЭБС «Консультант студента», по паролю.

Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины (модуля)

1. <http://www.gfmer.ch/SRH-Course-2010/pre-eclampsia-University-of-Oxford/index.htm> – Оксфордский институт материнского и перинатального здоровья (ОМРНИ)

2. <https://www.megamedportal.ru> – Медицинский информационный портал.

3. <http://medobook.com> – Сайт профессиональной медицины.

4. <https://mirvracha.ru> – Профессиональный портал «Мир врача».

5. <https://medportal.ru> – Информационный медицинский портал о здоровье человека.

6. <http://umedp.ru> – Медицинский портал для врачей.

Перечень информационных технологий, необходимых для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю)

Перечень необходимого ежегодно обновляемого лицензионного и свободно распространяемого программного обеспечения, в том числе отечественного производства

1. Текстовый редактор Microsoft Word;

2. Программа для работы с электронными таблицами Microsoft Excel;

3. Программа подготовки презентаций Microsoft PowerPoint;

4. Пакет офисных приложений «МойОфис»

Перечень необходимых современных профессиональных баз данных и информационных справочных систем

1. <http://www.rusmedserv.com> – Русский медицинский сервер.

2. <http://www.medical-enc.ru> – Медицинская энциклопедия.

3. <https://medi.ru> – Справочник лекарств для медицинских работников.

4. https://medelement.com/page/opisanie_spravochnoy_sistemyi – Профессиональная медицинская справочная система.